

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MOBILIDADE REDUZIDA DOS IDOSOS NO DOMICÍLIO - CONDIÇÕES DETERMINANTES

REDUCED MOBILITY OF THE ELDERLY AT HOME - DETERMINANT CONDITIONS

Dissertação de Mestrado

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Martins e
coorientada pela
Professora Maria Clara Duarte Monteiro.

Susana Elisabete Dinis Pimenta

Porto | 2016

*Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria
e um dos capítulos mais difíceis na grande arte de viver.*

Hermann Melville

AGRADECIMENTOS

Quero deixar um profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram e ajudaram nesta minha etapa académica e sincero reconhecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho:

À Professora Doutora Maria Manuela Martins pela disponibilidade, pelo apoio e conhecimento, pelas aprendizagens apreendidas e pela paciência na resolução de dúvidas;

À Professora Clara Monteiro, pelo conhecimento, pela assertividade e resolução das dúvidas, angústias e pela confiança que transmitiu;

Aos meus colegas de trabalho da UCC Castelo da Maia pelo apoio, estímulo, e compreensão, ao longo deste percurso académico.

A todas as pessoas idosas que participaram neste estudo e muitas outras que merecem ter um envelhecimento bem-sucedido.

À minha família que dedico com especial carinho pela paciência, força e apoio!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ADL - Activities of Daily Living

ADN - Ácido desoxirribonucléico

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

APGAR - Adaptation, Partneship, Growth, Affection, Resolve.

ARS - Administração Regional de Saúde

AVD - Atividades de Vida Diária

DGS - Direção Geral de Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

HTA - Hipertensão arterial

IADL - Instrumental Activities of Daily Living

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

PEV - Perfil do Estilo de Vida global

PNS - Plano Nacional de Saúde

QFA - Questionário de Frequência Alimentar

TA - Tensão arterial

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCLA - Escala da Solidão

WHO - World Helth Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
I - PARTE - CUIDADOS DE REABILITAÇÃO AO IDOSO	19
1. O idoso como alvo de cuidados de reabilitação	19
1.1. Características do envelhecimento.	21
1.2. Cuidados de reabilitação	26
2. Teorias do envelhecimento e de enfermagem que podem suportar os cuidados aos idosos	32
3. Contexto assistencial dos idosos	39
4. Conceção de um programa de enfermagem de reabilitação.....	44
II - PARTE - PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO	51
1. População e Amostra.....	52
2. Variáveis em Estudo.....	53
3. Instrumento de colheita de dados	63
4. Procedimento de colheita de dados e ética	64
III - PARTE - CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO A IDOSOS COM MOBILIDADE REDUZIDA.....	65
1. Perfil dos idosos com mobilidade reduzida	65
1.1. Descrição das características sócio demográficas da amostra	65
1.2. Dependência dos Idosos.....	72
1.3. Estilos de Vida	76
1.4. Atividade física habitual	80
1.5. Condições Nutricionais	82
1.6. Condições sócio-psicológicas - solidão	84
2. Contributos significativos para um programa de reabilitação	86
3. Confronto do estado de arte com uma nova proposta	95
CONCLUSÃO	107
IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	117
Anexo I - Questionário “ Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional”	117

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos valores da amostra segundo o sexo.....	66
TABELA 2: Distribuição da amostra segundo a classe de idades.....	66
TABELA 3: Distribuição da amostra pelo estado civil.....	66
TABELA 4: Distribuição dos valores da amostra em relação a “saber ler”.....	67
TABELA 5: Distribuição dos valores da amostra em relação a “saber escrever”.	67
TABELA 6: Distribuição dos valores da amostra segundo a escolaridade.....	67
TABELA 7: Distribuição da amostra segundo a fonte de rendimento.	68
TABELA 8: Distribuição da amostra segundo a profissão de referência.	68
TABELA 9: Distribuição do número de coabitantes com mais de 65 anos.....	68
TABELA 10: Distribuição da amostra segundo a percepção do estado de saúde”.	69
TABELA 11: Distribuição da amostra segundo o Índice de Massa Corporal (IMC).	69
TABELA 12: Distribuição da ocorrência de quedas nos últimos 6 meses.	71
TABELA 13: Distribuição da capacidade de se levantar após a queda.....	71
TABELA 14: Distribuição da amostra em relação à utilização do telefone.	72
TABELA 15: Distribuição da amostra em relação a fazer compras.	72
TABELA 16: Distribuição da amostra em relação a preparar refeições.....	73
TABELA 17: Distribuição da amostra para as tarefas domésticas	73
TABELA 18: Distribuição da amostra em relação à lavagem da roupa.....	74
TABELA 19: Distribuição da amostra em relação à utilização de meios de transporte.	74
TABELA 20: Distribuição da amostra em relação a manejo da medicação.	75
TABELA 21: Distribuição da amostra segundo a responsabilidade de assuntos financeiros.	75
TABELA 22: Distribuição dos valores da amostra segundo as classes da escala de Lawton e Brody.	76
TABELA 23: Distribuição da amostra segundo a classe atividade física	81
TABELA 24: Distribuição dos valores da amostra para a classe alimentar.	83

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Variáveis sociodemográficas	53
QUADRO 2: Variável condições de saúde	54
QUADRO 3: Variável índice de dependência	55
QUADRO 4: Variável estilo de vida	57
QUADRO 5: Variável atividade física	60
QUADRO 6: Variável alimentação	61
QUADRO 7: Variável solidão	62
QUADRO 8: Distribuição das doenças/ patologias.....	70
QUADRO 9: Distribuição da representação dos sintomas/ manifestações	70
QUADRO 10: Distribuição da amostra segundo a componente nutrição do perfil de estilo de vida	76
QUADRO 11: Distribuição da amostra segundo a componente atividade física do perfil de estilo de vida	77
QUADRO 12: Distribuição da amostra segundo a componente comportamento preventivo do perfil de estilo de vida	77
QUADRO 13: Distribuição da amostra da segundo a componente comportamento relacional do perfil de estilo de vida	78
QUADRO 14: Distribuição da amostra segundo a componente controle do stress do perfil de estilo de vida	78
QUADRO 15: Instrumento do perfil de estilo de vida no global relativo à amostra	79
QUADRO 16: Distribuição da atividade física habitual	80
QUADRO 17: Distribuição da amostra pelo tipo de alimentação	82
QUADRO 18: Distribuição da amostra pela perceção da solidão	84
QUADRO 19: Temas das sessões de educação para a saúde.....	100
QUADRO 20: Intervenções do enfermeiro de reabilitação nas sessões de mobilidade do programa “manter o corpo ativo”	101

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição da atividade física habitual	81
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: programa de reabilitação no domicílio “manter o corpo ativo”.	96
FIGURA 2: primeira consulta de avaliação do idoso	97
FIGURA 3: Intervenções do enfermeiro de reabilitação nas sessões de educação para a saúde do programa “manter o corpo ativo”.....	99
FIGURA 4: Consulta intermédia do programa “manter o corpo ativo”.	103
FIGURA 5: Consulta final do programa “manter o corpo ativo”.	104

RESUMO

Esta investigação está inserida num estudo em desenvolvimento na ESEP designado “*Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional*”. Com 2461 idosos de 26 freguesias do Município de Vila Nova de Famalicão, seguimos uma metodologia quantitativa, descritiva e exploratória a partir de uma amostra intencional não probabilística de 1298 casos com mobilidade reduzida. Como critério de inclusão para o estudo, delineamos os idosos que referiram passar a maior parte do tempo sentados e quanto muito caminham distâncias curtas.

Partimos das referências das teorias do envelhecimento Sequeira (2010); Farinatti (2008); Alpach (2011); Paiva, Mendes, Bastos (2010); Meleis (2007) e Orem (1995).

O presente estudo pretende estudar os determinantes que condicionam a mobilidade reduzida nos idosos com mais de 65 anos de idade, sendo a colheita de dados um questionário de autopreenchimento.

Os resultados obtidos revelam que os indivíduos da amostra são predominantemente mulheres (71%), a maioria casados (54,7%) e sem escolaridade (54,5%). Mais de três quartos da amostra (76,7%) são idosos pré-obesos, 37,0% refere apresentar doença músculo-esquelética e osteoarticular. Quase metade da amostra apresenta dificuldade em andar (46,8%), dor músculo-esquelética (42,5%), problemas de visão (45,9%) e de audição (42,2%). Verifica-se que 49,6%, dos idosos já apresenta uma dependência moderada nas AIVD e 26,7% uma dependência severa. A inatividade é o comportamento mais frequente (43,6%), as mulheres são em média mais ativas que os homens.

São determinantes a existência de mais mulheres, terem mais de 70 anos, serem casados e reformados, percecionarem a sua saúde como positiva e serem pré-obesos. Estes idosos são moderadamente dependentes, têm um estilo de vida global negativo com grande representação dos inativos, precisam de melhorar a alimentação e estratégias para ultrapassara solidão. Entre os fatores determinantes de saúde temos os distúrbios do equilíbrio, marcha ou imobilidade e de quedas, 46, 8% dos idosos do estudo apresentam dificuldade em andar, 40,3% desequilíbrios contantes, 30,4% apresentou pelo menos uma queda e 50,9% não conseguiu levantar-se sozinho.

Conclui-se que os idosos necessitam de intervenção para melhorar os seus estilos de vida, nomeadamente na atividade física. A implementação de um programa de reabilitação para prevenção da imobilidade, incluindo sessões de educação para a saúde e de mobilidade contribuem para a autonomia, independência e envelhecimento bem-sucedido do idoso.

Palavras-chave: idosos; programas de reabilitação domiciliários; enfermagem; mobilidade reduzida.

ABSTRACT

This research was part of a study on development in ESEP "Living well with older family context of institutional support." With 2461 aged 26 parishes of the municipality of Vila Nova de Famalicão, we follow a quantitative, descriptive and exploratory methodology from a non-probabilistic intentional sample of 1298 cases with reduced mobility. As inclusion criteria for the study, we have seniors who reported spending most of the time sitting and as much walk short distances.

We leave references of theories of aging Sequeira (2010); Farinatti (2008); Alpach (2011); Paiva, Mendes, Bastos (2010); Meleis (2007) e Orem (1995).

This study aims to study the determinants that influence the reduced mobility in the elderly over 65 years, and the data collection a self-administered questionnaire.

The results show that individuals of the sample are predominantly women (71%), mostly married (54.7%) and without education (54.5%). More than three quarters of the sample (76.7%) are pre-obese elderly, 37.0% said present musculoskeletal disease and osteoarticular. Almost half of the sample has difficulty walking (46.8%), musculoskeletal pain (42.5%), as well as vision problems (45.9%) and hearing (42.2%). More than a quarter (30.4%) reported having fallen once, 50.9% of these seniors could not get up alone from the ground. It is found that 49.6% of the elderly already has a moderate dependence on ADLs and 26.7% severe dependence. Inactivity is the most common behavior (43.6%), women are on average more active than men.

In the group of elderly of the study are determinants: the existence of more women, elderly are more than 70 years old, they are married and retired, perceive their health as positive and they are pre-obese. These elderly are moderately dependent, have a negative overall lifestyle with large representation of the inactive, need to improve nutrition and strategies to overcome loneliness. Among the determinants of health this group presents disturbances of balance, gait or immobility and falls, 46, 8% of the elderly in the study have difficulty walking, 40.3% have constant imbalances, 30.4% had at least one fall and 50.9% could not get up alone.

It concludes that the elderly need assistance to improve their lifestyles including physical activity. The implementation of a rehabilitation program for the prevention of immobility, including education sessions for health and mobility contribute to the autonomy, independence and successful aging of the elderly.

Keywords: elderly; Rehabilitation home-based programs; nursing; Reduced mobility.

INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento é complexo composto por transições e adaptações, implicando o envelhecimento biológico e social, a que cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico (Paúl, 2005).

O envelhecimento humano é um processo em constante mudança e evolução que se manifesta ao longo da vida. O indivíduo deve ser saudável e autônomo o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada da mudança de comportamentos da população em geral, da formação dos profissionais e dos serviços de saúde, não esquecendo a intervenção e o apoio social (DGS, 2006).

Atualmente, vivenciamos um processo de envelhecimento demográfico associado às mudanças nos comportamentos sociais e familiares, que determinará novas necessidades em saúde, lançando novos desafios ao sistema de saúde relacionados com a acessibilidade e a qualidade dos cuidados (DGS, 2006). Pelo que o nosso estudo pretende conhecer as características e condições dos idosos que referem ter mobilidade reduzida, a fim de criar um programa específico para estes idosos no seu domicílio.

Motivados pelas orientações da DGS e da OMS partimos para um estudo de caráter quantitativo e descritivo, com a finalidade de melhorar as intervenções dos Enfermeiros de Reabilitação que trabalham com populações idosas, no sentido de irem para além do tratamento de reabilitação e investirem na promoção da saúde e no envelhecimento saudável.

O envelhecimento apresenta diferentes fases de desenvolvimento, é um *“fenómeno comum a todos os seres vivos e consiste numa fase contínua, um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos”* (Freitas *et al.*, 2011, p. 10). O que nos leva a indagar variáveis relacionadas com os idosos e com fatores ou estilos de vida.

O acesso aos sistemas de saúde e os avanços relativos ao diagnóstico e aos métodos de tratamento permitem uma maior sobrevida e consequente aumento de uma população idosa. Como tal, torna-se fundamental a abordagem de temáticas relativas à terceira idade e de processos envolvidos no envelhecimento (Rebelatto & Morelli, 2007).

O processo de envelhecimento constitui uma experiência e uma fase que deve ser considerada parte integrante e natural do ciclo da vida. Ao longo do tempo, o conceito do envelhecimento tem vindo a mudar e reflete o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humana, a cultura e as relações sociais das várias épocas (Paúl, 2005), o que garante a necessidade de realizar estudos com este tipo de população.

Atualmente, preconiza-se o envelhecimento ativo do idoso, mas para isso é importante conhecer quais os determinantes que interferem com a mobilidade dos idosos, de forma a ser possível a intervenção dos enfermeiros de reabilitação através da implementação de programas de reabilitação específicos em contexto domiciliário, para idosos com mobilidade reduzida, de tal forma que se associe as componentes individuais, sociais e ambientais.

Podemos inferir que há possibilidade de um envelhecimento bem-sucedido, ou seja, com qualidade de vida e bem-estar dependendo do combate ao sedentarismo através da prática de exercício físico regular; de melhor assistência aos idosos, de acordo com as suas necessidades; da criação de programas que promovam a formação dos idosos, em articulação com instituições de saúde e de ensino; e promoção do envelhecimento ativo, acabando com estereótipos associados aos idosos que os afastam do processo produtivo (Sequeira, 2010).

Concordamos com Sequeira (2010) ao considerar que a sociedade em geral, afasta os idosos do ativo, pelo que devem ser criadas plataformas e projetos para os idosos associados a reabilitação, lazer e ao bem-estar.

Terminando o processo de pesquisa, dedicamos, agora, atenção ao relatório e com ele pretendemos fazer um resumo da abordagem teórica que antecede o planeamento do estudo, descrever os passos do planeamento do trabalho de campo, bem como os resultados que nos levaram a uma proposta de um programa.

O estudo está dividido em três partes: a I parte foi o primeiro caminho da pesquisa e pretende ser uma revisão teórica que ajuda a compreender o problema e que passa pelos cuidados de reabilitação ao idoso. De forma a ser possível prestar estes cuidados, indagamos sobre as características do envelhecimento, as teorias do envelhecimento *versus* teorias de enfermagem, para que seja mais aprofundada a temática do envelhecimento. Também é fundamental compreender o contexto assistencial aos idosos em Portugal e a conceção de programas de reabilitação.

A II parte pretende explicar o processo de desenvolvimento do estudo e consiste no planeamento do trabalho de campo, que inclui a natureza e onde serão explanadas as perguntas de investigação, a população e a amostra, bem como o instrumento de colheita de dados escolhido e os procedimentos para essa colheita, não esquecendo as questões éticas. A III e última parte destina-se a apresentar e discutir os resultados, a partir dos quais emerge a construção de um programa de enfermagem de reabilitação para idosos com mobilidade reduzida. Finalizamos com as conclusões do estudo e uma breve reflexão do percurso formativo e propostas para o futuro.

Defendemos que o envelhecimento saudável *“passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social e independência económica”* (Ramos, 2005, p.2). Esta forma de envelhecimento torna o indivíduo autónomo e ativo na sociedade atual, contribuindo os enfermeiros de reabilitação para que esta seja uma realidade da população portuguesa.

I - PARTE - CUIDADOS DE REABILITAÇÃO AO IDOSO

Na sociedade atual, verifica-se um número crescente de idosos, assim sendo os enfermeiros necessitam de compreender os fatores que influenciam o processo envelhecimento físico, as alterações psicossociais e o meio envolvente incluindo as redes sociais de apoio que influenciam os idosos (Almeida, 1999).

De acordo com a DGS (2006), os determinantes de saúde influenciam o estado de saúde a nível individual e populacional, constituindo fatores pessoais, económicos, sociais e ambientais. Estes determinantes influenciam o envelhecimento dos idosos, sendo fundamental o estudo e o controlo dos mesmos.

Os Enfermeiros de reabilitação têm competências específicas relacionadas com a intervenção em idosos, tais como: *“cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”* identificando necessidades de intervenção em *“pessoas de todas as idades impossibilitadas de executar as suas atividades básicas de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, limitação da atividade e restrição de participação”* características comuns à população idosa (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2-3).

No sentido de encontrar o suporte para o estudo de programas para idosos com mobilidade reduzida, dá-se corpo a esta parte na qual chamamos para o nosso discurso autores que têm estudado a problemática do envelhecimento e idosos, bem como teorias relacionadas com a temática.

Neste capítulo, indagamos o problema em estudo “idosos com mobilidade reduzida no domicílio” e procuramos articular com a evidência ora analisando as questões dos idosos, ora os programas de enfermagem de reabilitação e os cuidadores.

1. O idoso como alvo de cuidados de reabilitação

O idoso é um dos alvos primordiais de cuidados de reabilitação, nomeadamente através de programas adaptados à sua idade e condição física, psicológica, cultural e social tornando os idosos ativos e autónomos. Esta temática, é sem dúvida fundamental para o estudo da “mobilidade reduzida dos idosos no domicílio”.

Para que seja possível envelhecer de forma saudável é importante promover a saúde, o funcionamento físico e mental, tentando manter a autonomia e a independência pessoal. Para que isso seja possível, é necessário avaliar a capacidade funcional do indivíduo em cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive. Esta avaliação tem como objetivos identificar perturbações funcionais,

físicas, mentais e sociais, contribuindo para manutenção e/ou recuperação de capacidades (Paúl, 2005).

Os idosos são, antes de mais, pessoas e devem ser tratados com respeito e dignidade, sem preconceitos, e é importante ter em conta a sua individualidade, cultura e etnia. O termo idoso pode ser definido como um estado ou condição que pode ou não estar correlacionado com a idade cronológica e mais frequentemente reflete a perda de capacidade de manter a independência (Guccione *et al.*, 2002). Porém, ser idoso não significa ser dependente, especialmente se este se mantiver ativo.

Cada idoso tem a sua individualidade dependendo das experiências que viveu ao longo da sua vida. A idade dos 65 anos tem sido a mais considerada como início da “terceira idade” em que o indivíduo se pode reformar (Roach, 2003).

Segundo Freitas (2011, p. 10-11) o *“envelhecimento caracteriza-se pelo processo, a velhice por fase de vida e o velho ou idoso pelo resultado final”*, em que todos estão intimamente relacionados. O início da velhice é indefinido, dependendo da forma como a sociedade vê o fenómeno e o idoso.

O idoso é um ser único, com anos de experiência e através dos quais adquiriu a sua individualidade (Roach, 2003). *“O idoso responde mais lentamente e menos eficazmente às alterações ambientais devido a uma deterioração dos mecanismos fisiológicos, o que torna mais vulnerável”* (Farinatti, 2008, p. 23).

Um das áreas especializadas da enfermagem é o cuidar da pessoa idosa, sendo fundamental que o profissional de enfermagem apresente competências, procure estabelecer uma relação terapêutica e uma comunicação adequada com o idoso, tendo em conta que ele é um ser único, considerando o conhecimento das alterações físicas e psicossociais dos idosos (Roach, 2003).

A arte de *“cuidar dos idosos significa entrar em contato com o nosso próprio processo de envelhecimento e superar o medo do estranho”* (Freitas, 2011, p. 112). *“A duração, a frequência e intensidade do cuidado estão relacionadas com exigências deste, nomeadamente a deterioração cognitiva, perturbações comportamentais e com a dependência funcional para as atividades de vida diária”*, consideram-se variáveis relacionadas com o prestador de cuidados (Paúl *et al.*, 2005, p. 208).

Na atualidade, esta problemática do envelhecimento adquiriu maior visibilidade e passou a constituir uma preocupação para a sociedade em geral (Sequeira, 2010), devendo ser abordada por todos os intervenientes, passando por questões políticas e económicas.

Para melhor compreensão do idoso e características do envelhecimento individual é fundamental avaliar a sua funcionalidade, importante para o planeamento da prestação de cuidados ao idoso, identificando as capacidades, as necessidades e as limitações no autocuidado. A avaliação funcional constitui um método de avaliar a capacidade do idoso de estar funcional no seu ambiente e contexto e realizar atividades diárias, sendo possível usar diversos instrumentos de avaliação (Roach, 2003).

A avaliação física e funcional é importante na elaboração de programas de atividades físicas, como é o caso dos idosos com grande variabilidade, sendo possível avaliar diversas variáveis. Os instrumentos de medida são muitos, levando em consideração a intensidade, a duração e frequência das atividades. É fundamental avaliar o perfil de aptidão física traduzido pelas medidas de desempenho relacionadas com a qualidade física, como a capacidade cardiorrespiratória, a força muscular, a flexibilidade e a composição corporal dependendo das características individuais de cada um (Farinatti, 2008, p. 163).

A avaliação funcional também inclui a avaliação da saúde física que implica determinar a história de saúde, podendo ser obtida através de uma entrevista realizada ao idoso. A avaliação do autocuidado reflete se o idoso é capaz de cuidar de si próprio. A avaliação psicológica inclui o funcionamento cognitivo, afetivo, envolvendo a depressão e a solidão. A avaliação social implica a avaliação como a pessoa funciona com os grupos sociais (Roach, 2003).

A avaliação global do idoso é fundamental para que seja possível a prestação de cuidados adequados às suas necessidades, nomeadamente nos programas de reabilitação.

1.1. Características do envelhecimento

Olhar a pessoa isoladamente ao longo do passar dos anos tem significado para os cuidados de enfermagem, sendo importante compreender o que acompanha o ciclo de vida, ou seja o processo de envelhecimento.

O envelhecimento é um fenómeno coletivo e social que transcende o olhar isolado. Alterações demográficas do último século traduzem-se na modificação das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, colocando aos governos, famílias e sociedade em geral desafios para os quais não estavam preparados. Numa população idosa residente em Portugal, pessoas com 60 e mais anos, representam 16,5% da população, a esperança de vida em Portugal é de 80,3 anos para as mulheres e 73,5 anos para os homens (DGS, 2006).

Em 2011, o índice de envelhecimento da população portuguesa agravou-se, por cada 100 jovens há 128 idosos (CENSOS, 2011), o que demonstra a pertinência do nosso estudo.

A sociedade atual, caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico relacionado com o aumento da esperança média de vida. De acordo com as projeções, este grupo populacional representará uma proporção de 32% da população do país (INE, 2002).

O aumento da longevidade na sociedade atual coloca novos desafios, em diversos domínios: o da saúde, o da prestação de cuidados e o do suporte social. A saúde constitui um recurso adaptativo e essencial para o idoso ter um envelhecimento sustentado. O avançar da idade implica um maior risco de doença e consequentemente maior índice de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de prestação de cuidados formais e informais (Sequeira, 2010).

A família é a principal referência para a prestação de cuidados, sendo o grupo básico que tem o papel mais importante nas tarefas que envolvem um compromisso a longo prazo. É da família que com mais frequência surgem os cuidados informais. O papel deste cuidador informal depende da relação familiar, da coresidência, do gênero do cuidador, da pessoa cuidada e de outras condicionantes relativas aos descendentes (Paúl, 2005).

Atualmente, são frequentes famílias monoparentais, agregados familiares reduzidos, famílias unipessoais, idosos a viver sós e as famílias constituídas por duas, três ou mais pessoas todas com mais de 65 anos (Sequeira, 2010).

Guccione *et al.* (2002) defende que o envelhecimento se refere ao grupo de alterações do desenvolvimento que ocorrem nos últimos anos. As alterações associadas ao envelhecimento reduzem a capacidade funcional, de manter a sobrevivência e ter qualidade de vida. Assim sendo, o envelhecimento é um conjunto contínuo de processos dependentes do tempo que, geralmente, espelham a idade cronológica, mas é altamente variável e individualizado.

Para Sequeira (2010), é nesta etapa que se faz notar com maior exuberância o envelhecimento, chamando a atenção para a importância do planeamento de vida, de forma a promover o envelhecimento bem-sucedido, com autonomia física, psicológica e social do idoso. O bem-estar e a qualidade de vida dos idosos constituem os principais indicadores de uma adaptação bem-sucedida.

O envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas do organismo. Verifica-se uma diminuição acentuada da capacidade de regeneração da célula, o que leva ao envelhecimento dos tecidos (Sequeira, 2010).

Um crescente número de investigadores utiliza o termo senescência, que pode ser definido como *“o conjunto de mudanças relacionadas com a idade capazes de afetar adversamente a vitalidade e funcionalidade dos organismos, porém, de modo mais significativo mudanças que levem a um aumento da mortalidade em função do tempo”* (Freitas, 2011, p. 15), que podem alterar consideravelmente a funcionalidade e a independência do idoso.

Existem múltiplos determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, que contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida e incapacidade, com maior incidência no idoso. O declínio das funções cognitivas, associado ao envelhecimento, também está relacionado com fatores externos comportamentais, ambientais e sociais (Sequeira, 2010).

As alterações dos sistemas orgânicos fisiológicos do corpo humano relacionadas com a idade são problemas importantes de saúde pública na população idosa. Uma compreensão das alterações fisiológicas e do seu impacto sobre a função é o primeiro passo para o desenvolvimento de medidas terapêuticas ou preventivas racionais para abordar esses problemas (Guccione *et al.*, 2002).

Para Sequeira (2010), as principais alterações anatómicas e funcionais associadas ao envelhecimento, passam por alterações nos diferentes sistemas orgânicos, nomeadamente, no sistema cardiovascular, respiratório, renal, gastrointestinal, neurosensorial, hematológico, hepático, imunológico, endócrino, termorregulador e músculo-esquelético.

Quanto ao sistema músculo-esquelético, o número de unidades motoras diminui com a idade, assim como a massa muscular global e o tamanho das fibras musculares. Os parâmetros neuromotores de aptidão física são afetados pela idade cronológica, sendo visíveis os decréscimos do desempenho de força muscular, potência e velocidade de movimento em pessoas idosas (Ramos *et al.*, 2005).

As alterações na produção de força e potência muscular têm implicações diretas no modo de viver das pessoas idosas, tais como limitações funcionais nas atividades diárias, com maior risco para quedas e alterações fisiológicas adversas. A flexibilidade é um parâmetro de aptidão física que engloba o nível de movimento angular de uma ou mais articulações e a habilidade de executar tarefas motoras que envolvam a amplitude de movimento (Ramos *et al.*, 2005).

Os músculos-esqueléticos passam por adaptações estruturais e funcionais importantes em resposta à inatividade física, assim como em resposta à doença. A redução da força muscular é uma causa importante da incapacidade do idoso, uma vez que a força é uma das componentes importantes da marcha e do equilíbrio (Guccione *et al.*, 2002).

O equilíbrio é um componente da aptidão física que está relacionado com a habilidade de manter o equilíbrio corporal, sendo afetada por alterações nos sistemas sensorial e motor. Os sistemas vestibular, visual e somatossensorial apresentam mudanças com o envelhecimento, alterando os centros que controlam a postura. A habilidade de manter o equilíbrio corporal declina com o processo de envelhecimento, sendo associada a um maior número de quedas durante a velhice (Ramos *et al.*, 2005).

A alimentação e a adoção de estilos de vida saudáveis do idoso podem influenciar o seu envelhecimento. A alimentação está relacionada com o estado nutricional do idoso, sendo importante o diagnóstico precoce de alterações. A nutrição é um fenómeno com várias dimensões que envolve o corpo, a cognição e as relações emocionais e sociais relacionando-se com regras, cultura e crenças que acompanham o consumo alimentar (Fazzio, 2012).

Ramos *et al.* (2005) defendem que o nível de atividade física está claramente associado aos parâmetros de composição corporal juntamente com o padrão alimentar saudável. Considerando essas alterações na composição corporal, que ocorrem durante o processo de envelhecimento, conclui-se que os indivíduos idosos que mantêm um nível adequado de atividade física e exercícios regulares, incluindo também bons hábitos nutricionais, têm maior potencial para diminuir os riscos de limitações funcionais, dado que esse estilo de vida atrasa o início de patologias e diminui o impacto das mesmas sobre a função física.

Para mudar o estilo de vida e os hábitos alimentares de um idoso é necessário conhecer e compreender o seu contexto sociocultural. É importante atuar na educação nutricional do idoso, implementando práticas alimentares saudáveis dando autonomia para que o idoso assuma a sua responsabilidade (Fazzio, 2012).

A dificuldade em manter um consumo alimentar adequado é comum entre os idosos relacionando-se com problemas e distúrbios gerados pelo processo de envelhecimento, como problemas mastigatórios, neuropsiquiátricos e sociais, entre outros. O idoso pode estar em risco apresentando desnutrição, também o sobrepeso e a obesidade podem influenciar o desenvolvimento de patologias cardiovasculares e osteoarticulares. *“O IMC é um bom indicador do estado nutricional do idoso e consiste numa medida secundária obtida por duas medidas primárias: peso (Kg) dividido pela estatura (m) ao quadrado, permite comparações entre as populações”* (Ramos et al., 2005, p. 305).

Vivemos numa era do estilo de vida e o que comemos tem influência na nossa saúde. Nenhum alimento por si só contém todos os nutrientes necessários, como tal é importante incluir no estilo de vida uma dieta saudável com ampla variedade de alimentos nas refeições diárias, com equilíbrio quantitativo, em relação às calorias totais e qualitativos, com os nutrientes essenciais. As necessidades dos nutrientes e energéticas são individuais, a quantidade de calorias é variável em função da composição corporal, da idade e da atividade física realizada (Nahas, 2013).

O envelhecimento bem-sucedido constitui *“um constructo complexo, tratando-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice, através de uma procura individual de resultados e objetivos significativos para o próprio”*. Outro processo que o incorpora consiste na *“escolha de determinados estilos de vida, que satisfaçam o objetivo de manutenção da integridade física e mental”* não existe apenas um caminho para o envelhecimento bem-sucedido dependendo de fatores como *“a personalidade, o contexto sociocultural ou as relações familiares”* (Paúl et al., 2005, p. 291).

O envelhecimento bem-sucedido é *“aquele com baixa suscetibilidade a doenças e elevada capacidade funcional física e cognitiva, acompanhado de uma postura ativa perante a vida e a sociedade”* (Ramos et al., 2005, p. 9).

Para Paúl et al. (2005), o critério de sucesso para o envelhecimento bem-sucedido é na sua versão mais básica, a autonomia física, psicológica e social dos idosos. Envelhecer com sucesso implica ser competente, ou seja, com qualidade de vida, que se relaciona com autonomia e independência do idoso.

O envelhecimento ativo caracteriza-se pelo *“processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”* (OMS, 2002).

O conceito de envelhecimento ativo, aplicável tanto a indivíduos como a populações, foi desenvolvido pela OMS para promover a noção de que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva. *“O envelhecimento depende de uma variedade de*

influências, ou determinantes, que envolvem os indivíduos, as famílias e as próprias nações” (OMS, 2002, p. 19). “Consiste em viver com otimização de oportunidades que proporcionem saúde, segurança, e qualidade de vida. A abordagem deste envelhecimento é baseada no reconhecimento dos direitos humanos da independência, participação e dignidade” (p. 13).

Modificações nos fatores do estilo de vida, como a obesidade e inatividade física, podem ser úteis estratégias de intervenção na prevenção da limitação da mobilidade nos idosos. *“A relação entre um estilo de vida sedentário e limitações da mobilidade sugere os benefícios potenciais de intervenções de atividade física na preservação da mobilidade nos idosos”.* (Yeom et al., 2008, p. 138).

O envelhecimento pode ser visto como um processo em aberto, em que o principal objetivo da ideologia do envelhecimento ativo *“consiste em promover o prolongamento da vida ativa, não necessariamente associada à vida profissional, através do envolvimento dos mais velhos na vida social, como atores participativos”* (Viegas e Gomes, 2007, p. 41) associado à ideologia da capacitação, cidadania e participação.

A DGS considera que o envelhecimento ativo é o *“processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”* (OMS, 2002, p. 12). Como tal, o envelhecimento ativo é crucial, para que o idoso mantenha a sua independência e qualidade de vida.

O envelhecimento ativo integra o processo de envelhecimento no âmbito da cultura e do género, sublinhando a importância dos seguintes determinantes: serviços sociais e de saúde, características comportamentais e pessoais, meio físico, características sociais e económicas (Paúl, 2005). Esta autora defende que a dimensão psicológica é um dos aspetos de adaptação ao processo de envelhecimento, e um dos componentes do bem-estar subjetivo, que também inclui a competência comportamental e a qualidade de vida percebida.

As alterações cognitivas associadas ao envelhecimento, quando não compensadas, interferem com a globalidade das funções do idoso. Destas alterações destacam-se o processamento da informação e da memória, sendo importante a sua inclusão em programas de estimulação cognitiva (Sequeira, 2010).

Caminhamos para uma sociedade em que o envelhecimento demográfico é cada vez mais evidente, esta população idosa apresenta maior fragilidade e necessidades decorrentes das alterações do envelhecimento. Assim sendo, torna-se fundamental promover um envelhecimento ativo e bem-sucedido, nomeadamente através da adoção de estilos de vida saudáveis. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação apresenta competências na promoção destes estilos de vida junto da população idosa, através da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

1.2. Cuidados de reabilitação

A reabilitação *“constitui o processo de ajudar as pessoas deficientes, a nível mental ou físico, a retornar a uma saúde ótima e um nível satisfatório de independência”* (Roach, 2003, p. 79).

O termo cuidado de reabilitação na comunidade *“foi largamente aplicado numa variedade de programas e de locais em que os utentes recebem serviços de reabilitação, podendo incluir os cuidados em ambulatório, no domicílio, centros de idosos e equipas móveis de reabilitação”* (Hoeman, 2011, p. 24). *“A Reabilitação nos cuidados de saúde domiciliários aumentou na última década, sendo o regresso a casa o desejo dos utentes envolvidos no programa de reabilitação. A reabilitação domiciliária promove a autonomia, independência e integração na comunidade”* (p.25).

O enfermeiro efetua o planeamento das intervenções prevenindo complicações secundárias, mantendo e melhorando as capacidades funcionais do idoso. Ramos *et al.* (2005) considera que a capacidade funcional tem sido considerada o ponto-chave da reabilitação do idoso, podendo ser definida como o grau de preservação da habilidade em executar, de forma autónoma e independente, as Atividades Básicas de Vida Diária, nomeadamente as do autocuidado e AIVD dependentes de habilidades físicas e mentais, áreas com muito significado para os enfermeiros de reabilitação.

A noção da funcionalidade ou capacidade funcional está relacionada com a autonomia e execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, com tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de viver sozinho no domicílio (Paúl *et al.*, 2005), evidenciando-se assim a importância dos cuidados no domicílio.

O enfermeiro de reabilitação deve avaliar o idoso para delinear um programa de reabilitação, sendo importante a avaliação da funcionalidade, diagnosticando alterações que limitem a atividade, utilizando escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções motoras, cognitivas, neuro-sensoriais, cardiorrespiratórias, da alimentação e da eliminação. Este profissional avalia, de acordo com a sua competência, a capacidade funcional dos idosos para realizar AVD, de forma independente através de escalas, bem como fatores facilitadores e inibidores para realização destas atividades (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Com o envelhecimento, a capacidade funcional da pessoa deteriora-se aos poucos relacionado com este processo natural e fisiológico. Com o intuito de ser possível avaliar o idoso na sua generalidade e com a finalidade de identificar as *“condições funcionais da pessoa associadas ou não às co-morbilidades, é possível desenvolver um plano adequado de intervenção que visa o tratamento de doenças diagnosticadas, evitando o seu agravamento, retardando o aparecimento de limitações funcionais, podendo levar os utentes a serem inseridos em programas de reabilitação”*. Para esta complexa avaliação é fundamental o conhecimento das alterações do envelhecimento, o que implica a utilização de escalas para identificar as limitações do idoso (Freitas *et al.*, 2011, p. 971).

A avaliação da capacidade funcional passa por avaliar a aptidão do idoso em realizar uma determinada tarefa que lhe permita cuidar de si tendo uma vida independente, sendo determinada pelo grau de independência e avaliada por instrumentos específicos, tais como: escalas de AVD com a Escala de Katz (1970) e a escala de Lawton e Brody (1969) relacionada com as atividades instrumentais (Freitas *et al.*, 2011).

Para Guccione *et al.* (2002), é importante avaliar as AVD básicas, que incluem todas as tarefas fundamentais e as atividades necessárias para a sobrevivência. Englobam alimentar-se, tomar banho, higiene pessoal, vestir-se e despir-se, mobilidade, transferências, subir e descer escadas. A incontinência e a capacidade de usar sanitários também são elementos importantes da avaliação funcional física em alguns idosos.

A avaliação das atividades instrumentais dos idosos é fundamental, porque permite conhecer a possibilidade de vida autónoma, especialmente se o idoso reside autonomamente na comunidade e quando não se registam grandes dependências e antes de ficarem comprometidas as AVD. Esta avaliação envolve múltiplas áreas essenciais para a vida independente: cozinhar, fazer compras, lavar roupa, cuidar da casa e a capacidade de usar transporte público ou de conduzir um carro, em alguns idosos pode ser adequado investigar a capacidade de realizar tarefas domésticas (Guccione *et al.*, 2002).

O processo de avaliação deve incluir informações sobre seleção, administração e interpretação de dados de saúde, atividade física, estilo de vida e aptidão física para planeamento do programa. O exame inicial é importante para dar segurança, identificar as incapacidades e limitações para os exercícios propostos e estabelecer dados de base para acompanhamento. As contraindicações de testes de exercícios e treinos para idosos são as mesmas descritas para indivíduos jovens (Ramos *et al.*, 2005).

Segundo Sequeira (2010), a avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilitam a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico, ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação. A utilização de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico rigoroso. Salienta-se que a utilização de escalas/índices não substitui a realização de uma entrevista para recolher dados mais subjetivos e uma observação atenta.

A anamnese deve passar por questionar sobre alterações relacionadas com quedas, história medicamentosa, disfunções, alterações bucais e outros distúrbios. O exame físico deve incluir deficiências sensoriais, visão, audição, incontinência urinária, força muscular e o equilíbrio (Freitas *et al.*, 2011). A avaliação global do idoso pretende identificar quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que concorrem para a dependência, com recurso a instrumentos de medida devidamente estudados e validados para a população portuguesa (Sequeira, 2010).

Segundo Ramos *et al.* (2005), é fundamental avaliar o equilíbrio e a marcha; também se preconiza que todos os idosos sejam questionados quanto à ocorrência de evento de queda no último ano e rastreados quanto ao risco de quedas para se intervir

adequadamente; e devem ser enumerados todos os fatores de risco presentes e separá-los em modificáveis e não modificáveis.

A participação do enfermeiro também é crucial, integrado numa equipa multidisciplinar na informação, apoio, treino e monitorização da prática da atividade física. Outra atividade fundamental consiste em efetuar um diagnóstico de situação relacionado com a atividade física do idoso, por exemplo, experiências prévias e recursos disponíveis (Ramos *et al.*, 2005).

A primeira unidade de competência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação passa por *“avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades: avalia o risco da alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade; recolhe informação pertinente utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções anteriormente descritas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

O Enfermeiro *“avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar Atividades de Vida Diárias de forma independente, identificando fatores facilitadores e inibidores para a realização das mesmas, independente do contexto de vida da pessoa. Ele avalia aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade, faz o diagnóstico das respostas humanas adequadas a nível das funções já referidas, e identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar as funções e a realização das Atividades de Vida Diárias”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

A avaliação da funcionalidade do idoso é fundamental para avaliar a sua limitação funcional, nomeadamente na realização das suas AVD que possibilitam o seu autocuidado, autonomia, independência e participação social.

Segundo OMS (2002, p. 13), *“o conceito de autonomia refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências”*, área que tem grande implicação nos cuidados de reabilitação.

Sequeira (2010, p. 4) entende autonomia como a *“capacidade de cada um cuidar de si, capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas ações”*, bem como ter a capacidade de gerir a sua vida; enquanto o conceito de dependência está *relacionado com a “incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas”*, necessitando de ajuda de terceiros para sobreviver. Entende-se pela incapacidade do indivíduo em alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, dado que se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda de outros.

Para Guccione *et al.* (2002), a capacidade de realizar as AIVD de forma independente está relacionada com a velocidade da marcha, equilíbrio e força de preensão. Pesquisadores demonstram que o exercício pode melhorar a força, o equilíbrio e a velocidade da marcha entre as pessoas idosas.

Sequeira (2010) considera que a independência está relacionada com a capacidade de desempenho de AVD, de autocuidado. No entanto, a dependência não implica uma alteração do funcionamento cognitivo e emocional.

A capacidade de realizar as AVD é importante para manter a independência de um idoso. Se o idoso apresentar um declínio no estado de saúde poderá resultar na sua incapacidade funcional e torna-se incapaz de realizar as AVD e de viver independentemente (Guccione *et al.*, 2002). Um dos objetivos de reabilitação é manter a capacidade funcional e cognitiva do idoso, para que seja possível este manter a sua independência.

A dependência instala-se quando estão prejudicados o exercício da auto-determinação e/ou capacidade para executar tarefas diárias. Grande parte dos idosos preserva a sua capacidade de autodeterminação e de adaptação alternativa à situação indesejável de dependência, podendo considerá-los saudáveis. A reabilitação gerontológica relaciona-se com a incapacidade, estabelecendo no seu processo várias possibilidades de determinação física, comportamental e sociocultural. Como tal, o enfermeiro de reabilitação assume um papel crucial na reabilitação do idoso (Ramos *et al.*, 2005).

A competência refere-se à capacidade de cada indivíduo para lidar com as dificuldades e circunstâncias da vida o que inclui variáveis de tipo cognitivo, emocional e social. Em relação à psicologia dos idosos, a competência é definida como a capacidade do indivíduo para realizar adequadamente as atividades essenciais para a existência, promovendo a autonomia do idoso (Fonseca, 2006). Assim sendo, cabe ao enfermeiro de reabilitação ajudar o indivíduo a desenvolver a sua competência, de forma a tornar-se autónomo.

A competência apresenta uma combinação de fatores biológicos e cognitivos, resulta da idade, do estatuto socioeconómico, da capacidade subjetiva e do estilo de vida dos indivíduos, ou seja, os idosos mais competentes são os que têm maior capacidade física e mental e um estilo de vida mais saudável (Paúl, 2005).

De acordo com DGS (2006), viver mais anos e com mais saúde depende dos determinantes comportamentais de um envelhecimento ativo e de estilos de vida mais saudáveis, bem como uma atitude proactiva e participativa para promover o autocuidado. O estilo de vida que o idoso adota ao longo do ciclo de vida influencia a sua autonomia e a qualidade de vida.

Em termos de conduta, *“o envelhecimento bem-sucedido representa a opção por estilos de vida saudáveis, incluindo a manutenção da atividade física e mental”* (Paúl *et al.*, 2005, p. 285), participação em atividades sociais, de natureza económica e cultural, de acordo com interesses e capacidades pessoais. A cultura pode condicionar o estilo de vida adotado. Os determinantes do foro dos serviços de saúde e do apoio social relacionam-se com a promoção de saúde e prevenção da doença, bem como a acessibilidade a cuidados de saúde (Paúl *et al.*, 2005).

Guccione *et al.* (2002) também defende que as atividades de lazer são importantes para manter uma sensação de bem-estar e de concretização. Atividades recreativas e

desportivas têm sido alvo de interesse dos idosos exigindo um grau de equilíbrio, de flexibilidade e força relativamente elevado. A função mental e cognitiva estável contribui para a autonomia do idoso.

Sequeira (2010) defende que devem ser elaboradas novas estratégias sobre as atividades dos mais velhos, tendo em conta as suas preferências individuais e coletivas de modo a proporcionar bem-estar emocional e psicológico. Para tal, é necessário elaborar um programa de reabilitação adequado e adaptado ao idoso.

A DGS (2006, p.6) defende que *“uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias”*. A aposta na saúde do idoso é fundamental para que este se mantenha ativo na nossa sociedade.

Para Guccione *et al.* (2002), tem uma influência positiva sobre os resultados o facto de se assegurar que os idosos mantêm o controlo das suas próprias decisões, a manutenção da qualidade de vida, o estabelecimento de objetivos e a motivação para colaborar com os profissionais considerando as suas recomendações.

Entre as variáveis que caracterizam o estilo de vida está o nível de atividade física, entende-se pela mesma como qualquer movimento corporal exercido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético (Ramos *et al.*, 2005). O exercício físico é considerado uma subcategoria de atividade física definido como movimentos planeados, estruturados e repetitivos que resultam em melhoria ou manutenção de uma ou mais variáveis da aptidão física como a aptidão cardiovascular, a força muscular, a composição corporal e a flexibilidade.

Para Sequeira (2010), a manutenção da atividade está intimamente ligada ao envelhecimento bem-sucedido, através da promoção do bem-estar e da funcionalidade do corpo. Assim sendo, o envelhecimento bem-sucedido está interligado com a funcionalidade e bem-estar promovendo a competência do idoso.

Pesquisas científicas têm mostrado que a atividade física pode beneficiar qualquer indivíduo em qualquer idade e revelam que ser ativo ajuda a reduzir os riscos de obesidade, doenças cardiovasculares, artrite, osteoporose e depressão, para tal é importante a educação ou reeducação do comportamento do idoso. *“Indivíduos idosos que se mantêm fisicamente ativos durante a vida apresentam ganhos na saúde, melhoria no bem-estar psicológico, maior índice de flexibilidade, equilíbrio, força muscular e mobilidade, que favorecem melhor qualidade de vida e contínua independência no envelhecimento”* (Ramos *et al.*, 2005, p. 255).

A imobilidade pode ser definida como uma restrição ou limitação do movimento para desempenhar atividades de vida diária em virtude de diminuição das funções motoras, caracterizadas por fatores que comprometem a independência, culminando num estado de incapacidade ou fragilidade (Sequeira, 2010).

Fatores como história de quedas, distúrbio do equilíbrio, anormalidades da marcha e fraqueza generalizada estão correlacionados com a progressão da incapacidade e consequente risco de situações de imobilidade em idosos. Autores defendem que é importante prever as complicações que podem resultar da imobilidade prolongada, pois é mais simples preveni-las do que tratá-las. Torna-se fundamental demonstrar o impacto da imobilidade e as suas consequências sobre os cuidados de saúde dos idosos, estabelecendo metas de prevenção e de reabilitação (Ramos *et al.*, 2005).

As prevenções primárias, secundária e terciária da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência na população idosa, tendo em conta as diferenças de idade e género, constituem uma abordagem prioritária e indispensável do setor da saúde, obrigando a uma mudança de mentalidades e atitudes da população face ao envelhecimento e uma nova intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade (DGS, 2006).

O conceito de reabilitação assume *“uma conotação terapêutica, procurar devolver ao utente o máximo de funcionalidade possível”* (Greve, 2007, p. 8) quando presente algum tipo de incapacidade.

Para Ramos *et al.* (2005), a síndrome de imobilidade impõe aos serviços de saúde ações interdisciplinares e interprofissionais, exigindo formações de equipas de reabilitação, no aspeto preventivo. Entre os fatores de imobilidade temos as disfunções osteomioarticulares, neuromusculares, cardiovasculares. Resultados de sucesso provêm também da participação ativa de cuidadores e familiares que acolheram o idoso no contexto domiciliar.

A enfermagem de reabilitação é *“uma área de especialização em enfermagem que consiste no processo de diagnóstico e tratamento das respostas dos indivíduos e grupos”* (Hoeman, 2011, p. 1) relacionada com alterações nas habilidades funcionais e estilos de vida do indivíduo. Num mundo em que a população está mais idosa, os enfermeiros de reabilitação são *“peritos na prevenção de complicações e em evitar futuras incapacidades”* (p. 1).

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, *“compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo a preservar a autoestima”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1). Estes objetivos são fundamentais na promoção do envelhecimento ativo do idoso e na elaboração de programas.

Programas de reabilitação abrangentes e integrados devem incluir o aumento da independência e melhoria da qualidade de vida. Assim sendo, salienta-se a importância da elaboração de um programa de reabilitação adequado e dirigido à autonomia e o processo educativo do idoso e família.

Os enfermeiros de reabilitação têm *“uma competência única para a educação dos doentes e famílias”* (Hoeman, 2011, p. 1) e para se tornarem capazes de gerirem a sua condição, possibilitando a continuidade dos cuidados e a capacitação e/ou adaptação da família. A intervenção do enfermeiro de reabilitação deve estar desvinculada de preconceitos existentes para com os idosos de fragilidade física e cognitiva.

A reabilitação é *“uma condição ativa para conseguir a máxima funcionalidade e para melhorar a qualidade de vida”* (Hoeman, 2011, p. 1) Os enfermeiros de reabilitação *“estão aptos em examinar a forma como as instituições de saúde, os serviços da comunidade e os componentes do sistema de saúde podem participar em atingir as metas”* (p. 2).

Os objetivos gerais da reabilitação são, segundo Brummel - Smith (cit. por Hoeman, 2000), melhorar a funcionalidade, a independência e promover a satisfação e a autoestima, o que se torna uma necessidade evidente dadas as consequências das incapacidades que resultam do envelhecimento.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010), a reabilitação assume um importante papel ao longo do ciclo de vida da pessoa que está a vivenciar processos de transição saúde/doença, promovendo a sua saúde, prevenção e reabilitação através de projetos e programas de intervenção com o indivíduo e cuidadores. O enfermeiro de reabilitação ajuda o idoso a vivenciar o seu processo de transição, ajudando-o na sua readaptação funcional e integração na sociedade.

Em síntese, embora existam vários profissionais que possam contribuir para um envelhecimento bem-sucedido, há vantagens em incluir o enfermeiro de reabilitação nos programas a desenvolver com os idosos, considerando as suas competências específicas e os seus conhecimentos que suportam as suas práticas.

2. Teorias do envelhecimento e de enfermagem que podem suportar os cuidados aos idosos

Na procura da sustentação teórica que justifica a intervenção dos enfermeiros de reabilitação indagamos sobre a relação entre as teorias do envelhecimento e de enfermagem para o problema em estudo - Mobilidade reduzida dos idosos no domicílio.

A reabilitação é *“um processo complexo que necessita de abordagem de cuidar multidisciplinar e interdisciplinar teoricamente suportada”*, bem como *“numerosos modelos uniprofissionais e teorias de enfermagem, reabilitação e ciências sociais oferecem fundamentos para os enfermeiros de reabilitação usarem quando fazem investigação”*. (Hoeman, 2011, p. 15).

A razão deste capítulo surge da necessidade de selecionar as teorias de enfermagem e do envelhecimento relevantes para a prática de enfermagem de reabilitação para a intervenção com os idosos.

Teorias gerais do envelhecimento foram propostas para explicar este processo. No entanto, mesmo com uma pesquisa extensa ainda não foi apresentada uma teoria geral completa do envelhecimento (Sequeira, 2010).

Guccione *et al.* (2002) refere que o processo ou os processos de envelhecimento têm origem multifatorial e podem ser diferentes nos vários sistemas orgânicos. *“As teorias biológicas do envelhecimento examinam-no sob a ótica do declínio e da degeneração da função estrutural dos sistemas orgânicos e das células, este processo é definido num contexto de um conjunto de variáveis mensuráveis como a aptidão física”* (Farinatti, 2008, p. 23).

Os enfermeiros de reabilitação devem aprofundar as teorias do envelhecimento para melhorarem o seu conhecimento e a sua prática de cuidados ao idoso, ajudando-o a adaptar-se ao seu processo de envelhecimento.

As teorias biológicas consideram o envelhecimento como um *“processo involuntário, que com o tempo causa alterações nas células e nos tecidos corporais”* (Roach, 2003, p. 20). Estas teorias estão essencialmente limitadas às áreas fisiológicas (Hoeman, 2011).

Diferentes sistemas orgânicos do corpo humano passam pelo envelhecimento biológico que ocorre em ritmos específicos, regulado pelas características: componentes genéticos, ambientais e estilos de vida. Estes sobrepõem-se à conceção genética intrínseca e podem influenciar o ritmo global de envelhecimento e/ou doença (Guccione *et al.*, 2002).

Alguns estudos *“dedicam-se ao entendimento do declínio das funções biológicas, outros debruçam-se sobre os padrões de comportamento adotados pela pessoa idosa”* (Farinatti, 2008, p. 23). Entre as teorias biológicas temos as teorias genético-desenvolvimentistas e as estocásticas.

As genético-desenvolvimentistas caracterizam-se por um envelhecimento contínuo geneticamente controlado, enquanto que as estocásticas defendem que o envelhecimento depende do acúmulo de agressões do ambiente não compatíveis com as funções orgânicas e de vida. *“Todas essas teorias carecem de comprovação definitiva, informam parcialmente e nenhuma delas tem condições de se sobrepor às outras”* (Farinatti, 2008, p. 24).

Entre as teorias genético-desenvolvimentistas, temos as teorias de Acumulação de erros em que o envelhecimento acontece quando ocorrem erros em material genético, a teoria do limite de Hayflick, em que este limite representa a quantidade máxima programada de reprodução celular e quanto mais perto desse limite mais se envelhece, e, finalmente, a teoria do desequilíbrio manual em que há declínio funcional e desequilíbrio entre os vários sistemas corporais (Farinatti, 2008).

Segundo Roach (2005, p. 20), as teorias genéticas passam pela herança de um programa genético que determinará a esperança de vida. A teoria dos radicais livres defende que *“o envelhecimento é causado pelo acúmulo de radicais livres resultante do uso de oxigénio nas células”*. A teoria da ligação cruzada defende que *“o envelhecimento resulta da redução na divisão celular porque um agente da ligação cruzada prende-se a*

um filamento do ADN”. Quanto à teoria imunológica, *“o envelhecimento é resultado de uma redução na atividade do sistema imune. A teoria do uso e desgaste defende que o envelhecimento resulta do uso e desgaste do corpo e sistemas corporais”*.

As teorias biológicas estocásticas abarcam a teoria da restrição calórica, a qual defende que se menor ingestão calórica mais atenuado é o processo de dano celular provocado pelo envelhecimento e a teoria das ligações cruzadas relacionada com danos de origem química, com acúmulo de danos moleculares, com consequências no funcionamento dos sistemas corporais, os radicais livres de oxigênio são associados ao processo de ligação cruzada do DNA produzidas no metabolismo oxidativo (Farinatti, 2008, p. 28).

Segundo Fonseca (2006), o envelhecimento é um fenômeno biopsicossocial de cariz individual, mas qualquer abordagem que se faça terá de ser necessariamente multidisciplinar, pois para ser descrito, explicado e previsto é necessário ter em conta as dimensões biológica, psicológica e social. A dimensão que tem prevalecido no estudo do envelhecimento é a biologia, no entanto o ser humano é complexo e não pode ser entendido apenas por esta.

As alterações corporais no idoso têm repercussões psicológicas, que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos, pois o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo (Sequeira, 2010). As teorias psicossociais *“tentam explicar o envelhecimento em termos da função cognitiva da pessoa, envolvendo a inteligência, memória e emoções”* (Roach, 2003, p. 21).

A componente biológica e a social oferecem uma visão incompleta do processo de envelhecimento, pelo que se revela fundamental atender ao envelhecimento psicológico, para que este processo seja considerado em toda a sua amplitude e complexidade (Fonseca, 2006). Fatores patológicos, genéticos, ambientais e socioculturais interferem com o envelhecimento psicológico. A manutenção das atividades significativas constitui um fator de equilíbrio e bem-estar psicológico que está associado ao envelhecimento bem-sucedido (Sequeira, 2010).

Os fatores biopsicossociais desempenham um papel determinante na manutenção de uma vida independente, ou seja, um envelhecimento com competência. A promoção deste tipo de envelhecimento está dependente da promoção da saúde física e mental, e da promoção de estilos de vida saudáveis, como por exemplo o exercício físico (Sequeira, 2010).

As teorias de desengajamento social, da subcultura e da atividade do envelhecimento, têm ênfase individual, podendo ser *“utilizadas como parâmetro para avaliar o impacto de intervenções direcionadas para a promoção da saúde, inclusão social e integração intergeracional dessa população”* (Farinatti, 2008, p. 30).

A teoria do desengajamento social *“tem origem na escola sociológica do funcionalismo, em que o corpo social é entendido como uma extensão do corpo biológico. O sistema social deve permanecer em equilíbrio e tudo que possa destabilizar é um*

elemento disfuncional". (Farinatti, 2008, p. 30). O progressivo processo de desengajamento encaminha a pessoa idosa a um tipo diferente de equilíbrio com a sociedade. Esta teoria vê o envelhecimento como um processo de afastamento da sociedade aceitável para o idoso e sociedade ou desengajamento da vida (Roach, 2003).

De acordo com a teoria social da subcultura do envelhecimento, estão os padrões de comportamento comuns dos idosos partilhados por um grupo inserido no seio de um amplo corpo social, em que os idosos formam uma subcultura, tendendo a aumentar a sua interação com as pessoas que vivem a mesma experiência do envelhecimento, dividindo comportamentos e valores, desenvolvendo o seu estilo de vida e organizações. O Ageism constitui um processo sistemático de avaliação de preconceitos em relação às pessoas idosas relacionado com uma construção social negativa (Farinatti, 2008, p. 32).

O conceito da atividade está relacionado com o facto dos idosos serem socialmente ativos, adquirindo novos papéis possíveis de serem desempenhados refletindo um envelhecimento bem-sucedido (Hoeman, 2011). *"A teoria da atividade defende que a sociedade deve ter as mesmas expetativas em relação ao idoso que tem para um adulto de meia-idade"* (Roach, 2003, p. 21). Quando ocorrem perdas relacionadas com o envelhecimento, o idoso deve assumir novos papéis e interesses mantendo-se ativo na sociedade.

A teoria da atividade é uma das três principais, que defende que um idoso deve manter-se ativo, a fim de obter na vida a maior satisfação possível, manter a sua autoestima e saúde. A velhice bem-sucedida implica a descoberta de novos papéis na vida ou nova organização dos já desempenhados. A sociedade deve valorizar a idade e facilitar este processo (Sequeira, 2010).

A teoria social do envelhecimento atividade pode ser vista como uma reação à teoria do desengajamento social. Fornece uma perspetiva de anti envelhecimento e parte-se do princípio que todos os adultos de meia idade e os idosos compartilham necessidades sociais idênticas que são prejudicadas por eventos associados à idade. Esta teoria enfatiza o envelhecimento bem-sucedido, em que se permanece ativo resistindo às forças que dificultam o envolvimento social. Implica achar substitutos para os papéis sociais perdidos, mas manter os idosos ativos através de iniciativas de intervenção e/ou programas (Farinatti, 2008, p. 33).

Para Fonseca (2006), os padrões de envelhecimento são dependentes das complexas interações entre fatores ambientais, sociais, psicológicos, comportamentais, biofísicos, demográficos, de saúde e relacionados com os estilos de vida de pessoas inseridas em diferentes culturas nacionais, socioeconómicas e históricas (Fonseca, 2006).

A teoria da continuidade, defende que a pessoa desenvolve a capacidade de *cooping* que interfere com a adoção de estilos de vida e comportamentos levando a um envelhecimento bem-sucedido (Hoeman, 2011). Também designada por teoria do desenvolvimento do envelhecimento *"lida com os padrões desenvolvimentais do indivíduo ao longo da vida. O sucesso do envelhecimento depende da capacidade de cada um para se*

manter e continuar com os padrões de comportamento anteriores” relacionando-se com os estilos de vida e padrões de comportamento adotados (Roach, 2003, p. 21).

O envelhecimento bem-sucedido é a riqueza mais importante de uma sociedade, preocupando-se com a manutenção da autonomia e da independência, sendo fundamental um investimento em todos os níveis de prevenção de incapacidades, bem como o necessário suporte de reabilitação (Rebelatto & Morelli, 2007).

As teorias relacionam-se, já que nenhuma teoria explica tudo sobre o envelhecimento. Numerosas teorias de enfermagem *“centram-se no processo de vida, no bem-estar e/ou funcionamento ótimo”* (Hoeman, 2011, p. 17). Todas estas teorias que estudam o envelhecimento têm como objetivo, mesmo que indireto, contribuir para um envelhecimento bem-sucedido. Além destas é crucial indagar sobre as teorias de enfermagem que assumem relevância para o estudo. A enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental na recuperação e capacitação da funcionalidade do idoso.

Quanto à teoria de enfermagem, esta ajuda o profissional de enfermagem a organizar os dados do doente, compreender e analisar, o que possibilita decisões sobre intervenções, planejar o tratamento, prever os resultados e avaliar (Tomey *et al.*, 2002).

Segundo Fernandes *et al.* (2013), a enfermagem constitui a arte e a ciência que evolui na especificidade dos cuidados a prestar ao indivíduo ao longo do processo global de vida, ela compreende a capacidade humana de cuidar de forma a profissionalizar, através da aquisição de conhecimentos e habilidades adequadas.

Para melhor compreensão da problemática é necessário indagar as teorias da enfermagem, nomeadamente as teorias consideradas mais relevantes para este estudo e para o processo de Reabilitação do idoso.

Uma das teorias por nós consideradas mais relevantes para este estudo é a teoria de transição de Meleis, dado que aborda o processo de transição que os idosos vivenciam com o envelhecimento biológico, social e psicológico. Esta teoria é fundamental na medida em que explica que para o idoso ultrapassar este processo do envelhecimento tem que adquirir novas estratégias e capacidades. O enfermeiro de reabilitação procura ajudar o idoso a vivenciar o seu processo de transição, a adquirir estratégias de adaptação e ajustamento, bem como novas capacidades em resposta ao envelhecimento e às doenças que daí advêm. Esta teoria também se relaciona com a prestação de cuidados aos idosos dependentes que se encontram no domicílio e das famílias que cuidam.

Relacionada com a teoria da transição temos a teoria do autocuidado de Orem, pois para que o idoso consiga passar de forma positiva pelo seu processo de transição é fundamental que ele consiga cuidar de si próprio trabalhando o seu autocuidado e autonomia, ou preparar a família e/ou cuidador para lidar com as adversidades. O enfermeiro de reabilitação facilita o processo de transição e tem competências para intervir, nomeadamente nas AVD e AIVD.

No processo de transição dos idosos, o seu estado e as suas experiências de ganhos e perdas que ocorrem com o processo de envelhecimento influenciam a modificação das expectativas que têm deles próprios e dos outros e que modificam a sua rotina diária. No entanto, *“aqueles que desenvolvem as suas capacidades e competências baseadas no conhecimento da situação, mantêm a continuidade das suas vidas criando novas oportunidades, não importando o tipo de transições pelas quais estão a passar”*. (Meleis, 2007, p. 230-231). A natureza da enfermagem está focada na ciência humana e nas experiências e respostas à doença podendo levar ao desenvolvimento de teorias específicas para a situação.

Abreu (2008) salienta que se colocam desafios aos profissionais ao lidarem com pessoas a vivenciarem processos de transição, nomeadamente o de desenvolver intervenções adequadas ao estado de saúde, sendo que, na opinião de Meleis *et al.* (2000), os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades individuais e reais.

A teoria de enfermagem de Afaf Meleis é uma estrutura teórica expandida que consiste em tipos e padrões de transição; características das experiências de transição; contextos da transição (facilitadores e inibidores) que as pessoas vivenciam; indicadores processuais; indicadores de resultados esperados e assistência de enfermagem. (Meleis *et al.*, 2000).

A transição é a passagem de um estado, condição, estatuto para outro relacionado com mudança e desenvolvimento. O domínio de transição abrange mudanças que requerem ajustamento e adaptação segundo a sua natureza, bem como condições e padrões de resposta. Ao experienciar novos conhecimentos e situações novas surge um potencial de desajustamento. Como tal, cabe à enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou circunstância (Abreu, 2008), nomeadamente no envelhecimento.

No que respeita ao resultado do processo de transição, segundo Paiva, Mendes e Bastos (2010), este exprime-se através do modo como cada pessoa se encontra ou reencontra o seu bem-estar nas relações que estabelece nos contextos em que se inclui e o nível de destreza conseguido que lhe permite viver face a determinada situação, assumindo uma nova identidade, mas ainda assente na anterior, para conseguir ultrapassar uma determinada situação.

Quando a pessoa vive uma situação de doença ou incapacidade pode necessitar de readaptações ou reajustes no desempenho das atividades de vida diária ou ainda de satisfazer novas necessidades no seu autocuidado, induzidas pela patologia e/ou tratamento (Alspach, 2011).

Petronilho (2007) comenta o apoio e a intervenção dos cuidados de enfermagem domiciliários, nas experiências de transição vivenciadas pelos idosos dependentes e respetivos familiares cuidadores, sendo baseado nos trabalhos de investigação de Meleis, destacando o trabalho com os idosos e família que se apresentam como situações potenciais geradoras de crise.

O autocuidado é tradicionalmente considerado como um conceito central e multidimensional na disciplina de enfermagem, ao qual podem ser atribuídas diferentes interpretações (Söderhamn, 2000). Segundo a OMS, ele constitui-se como *“um conjunto de decisões relacionadas com a melhoria da saúde e os cuidados realizados por indivíduos. As decisões tomadas a nível individual, por sua vez, influenciam as decisões tomadas na família e, finalmente, ao nível da comunidade as quais dependem das configurações socioculturais existentes”* (OMS, 2009, p. 23).

Segundo a teoria do autocuidado, este é *“uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente de se desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar”*. O autocuidado é *“um sistema de ação, a elaboração dos conceitos de autocuidado, necessidade de autocuidado e atividade de autocuidado constituem a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar da enfermagem”* (Tomey et al., 2002, p. 218).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011, p. 41), o foco autocuidado é *“uma atividade executada pelo próprio, centrada no tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”*. Pela definição apresentada, percebemos que se constitui como uma área de atenção relevante para a enfermagem de reabilitação do idoso.

Segundo Tomey et al. (2002), Dorothea Orem defende a teoria do autocuidado, a assistência de enfermagem é necessária quando o paciente está incapacitado de atender às suas necessidades biológicas, psicológicas, de desenvolvimento ou sociais. Defende a teoria do déficit do autocuidado, que descreve que as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem a cuidarem de si próprias. Na enfermagem, é proposta como uma teoria geral composta por três teorias relacionadas.

Esta teoria descreve a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e pressupostos do autocuidado, os familiares são incluídos nos cuidados. Autocuidado pressupõe a capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio e de viver de forma independente, nomeadamente na comunidade (Hoeman, 2011, p. 17).

Quando desempenhado eficazmente o autocuidado, este contribui para a integridade estrutural, funcionalidade e desenvolvimento humano. Orem menciona ainda que o autocuidado é uma atividade aprendida, que requer a aquisição pela pessoa de conhecimento sobre o ambiente e sobre si mesma, de forma a ser capaz de dar respostas adaptadas às situações concretas e aos seus diferentes significados (Orem, 1995; Söderhamn, 2000).

Para Tomey et al. (2002, p. 213), o autocuidado consiste *“na prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas iniciam e desempenham dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal”*. É fundamental para que o indivíduo seja autônomo e independente, em que o

enfermeiro de reabilitação pode e deve assumir um papel fulcral na melhoria do autocuidado.

A teoria dos sistemas de enfermagem é a teoria unificadora que inclui todos os elementos essenciais e sugere que a enfermagem é ação humana. Os sistemas de enfermagem são sistemas de ação formados e concebidos por enfermeiros através do exercício da sua atividade de enfermagem para pessoas com limitações de autocuidado. A ação de enfermagem num sistema totalmente compensatório, implica a concretização do autocuidado terapêutico do utente, a compensação da incapacidade do utente em executar o autocuidado, apoiando e protegendo. *“A ideia central da teoria do défice de auto-cuidado é que as condições necessárias das pessoas para enfermagem estão associadas ao amadurecimento das pessoas em relação às limitações relacionadas com a saúde”* (Tomey, *et al.*, 2002, p. 217) limitando a capacidade e as necessidades de cuidado.

É importante ter conhecimento sobre as teorias do envelhecimento para possibilitar uma maior compreensão deste processo, também o conhecimento das teorias de enfermagem, destacando as que melhor se enquadram para a temática em estudo, são fundamentais para que o enfermeiro de reabilitação as siga como linhas de orientação para sua intervenção na reabilitação do idoso, estando na base dos programas de intervenção que elabora e implementa.

3. Contexto assistencial dos idosos

É fundamental estudar o contexto assistencial dos idosos em Portugal, incidindo no Plano Nacional de Saúde, englobado na problemática em estudo “mobilidade reduzida dos idosos no domicílio - condições determinantes”.

A DGS (2006) defende que o envelhecimento é um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implicando todos os setores sociais e de saúde, exigindo a sua intervenção e coresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas, do envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados e profissionais.

Para Sequeira (2010), na sociedade atual o envelhecimento está de um modo geral associado a alterações significativas no âmbito da participação ativa do idoso. Os idosos, nesta fase do ciclo de vida, são alvo de alterações substanciais ao nível dos papéis a desempenhar, no seio familiar, laboral e ocupacional.

O Serviço Nacional de Saúde é a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância, à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A última década foi marcada por um conjunto de reformas, com especial incidência nos cuidados de saúde primários e nos Cuidados Continuados Integrados (DGS, 2012).

Segundo Ramos *et al.* (2005), o sistema de saúde terá de fazer frente a uma procura por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crónicas não transmissíveis,

principalmente as cardiovasculares e as neurodegenerativas, e uma demanda ainda maior por serviços de reabilitação física e mental. Será necessário estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos de alto risco de perda funcional e orientar ações de promoção de saúde no contexto familiar e na comunidade.

Segundo a DGS (2006), a promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida, ajudando a racionalizar os recursos da sociedade na qual todos intervêm. A adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis é fundamental na promoção da saúde.

O Plano Nacional de Saúde apresenta, entre outros, os seguintes objetivos para o sistema de saúde: *“obter ganhos em saúde das populações e subgrupos; promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida implicando a promoção, proteção e manutenção da saúde, a prevenção, tratamento e reabilitação da doença”* (DGS, 2012-2016, p. 27). As instituições, dentro e fora do setor da saúde, autarquias, ACES, ARS têm a capacidade e a responsabilidade de monitorizar o estado de saúde das populações e incluir ações de melhoria nos planos estratégicos.

As Administrações Regionais de Saúde também devem adequar através dos seus planos de ação, as estratégias do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, desenvolvendo-as tendo em conta as atividades já existentes melhorando e adequando às orientações da DGS, numa perspetiva multidisciplinar (DGS, 2006).

Segundo a DGS (2012), os cidadãos devem melhorar proactivamente os seus conhecimentos, assumindo responsabilidade pela promoção de saúde e estilos de vida saudáveis e estabelecer relações terapêuticas com os profissionais de saúde. A relação que se estabelece entre enfermeiro e utente deve ser de parceria e empatia.

“As políticas devem permitir desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades da população idosa e da sua família, permitindo minimizar custos, evitar dependências e humanizar os cuidados” (DGS, 2006, p. 4). O envelhecimento ao longo do ciclo de vida deve ser pensado numa atitude mais preventiva, promotora da saúde e da autonomia.

Torna-se fundamental, a formulação de políticas de saúde para esta fase do ciclo da vida como define o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Como estratégias e intervenções organizadas com impacto na promoção de saúde. É importante priorizar o acesso e a qualidade da resposta dos cuidados de saúde primários, dos cuidados continuados integrados, dos cuidados comunitários e de saúde pública, com base na satisfação de necessidades de saúde (DGS, 2012).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, inspirado em recomendações sobre a política para a população idosa emanadas por organizações internacionais, tem como finalidade contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo e saudável nas pessoas com 65 e mais anos de idade e atuação sobre os determinantes comportamentais relacionados com a autonomia e independência. Também

tem como objetivo estimular as capacidades das pessoas idosas, a sua participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência na comunidade (DGS, 2006).

A maior adequação de cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas permite potenciar projetos e programas nacionais já existentes. Em relação à participação social dos idosos estes tendem a participar em redes sociais mais pequenas e a diminuir os contatos intersociais. Mas os idosos são socialmente ativos, de preferência com a família e com um grupo restrito de amigos (Sequeira, 2010).

Para a DGS (2006, p. 4), *“a prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas idosas, integrados, centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, com componente de recuperação global e de acompanhamento, são indispensáveis a um sistema de saúde adequado às necessidades de uma população que está a envelhecer”*; para tal, temos por exemplo a resposta dos cuidados continuados em Portugal.

A perspetiva da abordagem ao longo do ciclo de vida segundo a DGS (2012), o PNS salienta a oportunidade de intervenção precoce nos fatores de risco, essencial para prevenção da doença crónica e das complicações, bem como pela reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais.

Ao longo do ciclo de vida devem ser promovidos contextos saudáveis de promoção e manutenção da saúde, incluindo a prevenção, o tratamento e a reabilitação de forma contínua (OMS, 2002). O enfermeiro de reabilitação contribui para estimular a adoção de estilos de vida saudáveis, com intervenção na melhoria da qualidade de vida e autoestima dos idosos em diferentes contextos.

Para Ramos *et al.* (2005), em relação ao contexto domiciliário *“o significado de domicílio para o ser humano é individual, seguindo as características culturais nas quais ele está inserido. Estar no domicílio do utente significa atuar num espaço diferenciado do cuidar, penetrando no mundo real do utente e da família, sendo necessário uma nova visão de assistência na saúde”*. O enfermeiro de reabilitação que presta cuidados no âmbito domiciliário deve estar preparado para se adaptar desenvolvendo um trabalho diferenciado e interdisciplinar em reconstrução permanente.

As redes de suporte social constituem um apoio assistencial e um conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm laços entre si, relações de dar e receber. Relações que existem ao longo de todo o ciclo vital, atendendo à motivação do ser humano, como a família, amigos e vizinhos. No entanto, na sua estrutura e na sua função sofrem alterações dependendo das necessidades das pessoas (Sequeira, 2010).

O apoio social representa o tipo de ajuda que uma pessoa recebe a partir da sua rede social, em termos de assistência, neste caso, à pessoa dependente. No âmbito da ação social, podemos encontrar respostas sociais para a população idosa. Como respostas tradicionais temos os lares, os centros de dia, os centros de convívio e os centros a nível local e o acolhimento familiar (Lemos *et al.*, 2011).

Uma das redes de suporte social mais importante é a família que, muitas vezes, é o principal apoio assistencial e o principal e informal cuidador, constituindo um quadro de referência para que seja possível a manutenção do idoso no seu contexto habitual.

As redes sociais vão-se alterando ao longo do ciclo vital em função do contexto e estrutura familiar, do trabalho, da participação na comunidade. Com o envelhecimento, algumas pessoas significativas vão desaparecendo, pelo que é necessário reorganizar as redes de apoio de forma a manter a independência e a participação social. (Sequeira, 2010).

O enfermeiro de reabilitação pode ser um dos apoios da família, a qual, segundo Lemos *et al.* (2011), necessita de apoio para poder cuidar dos seus familiares idosos dependentes. Educação para a saúde é crucial, tais como Informações sobre o envelhecimento e sobre recursos disponíveis na comunidade. O ensino, a instrução e o treino do utente e da família são fundamentais para os cuidados prestados.

A parceria entre os profissionais de saúde e a rede de suporte social do idoso é um meio de garantir melhores condições clínicas e promoção de melhor capacidade funcional, bem-estar e autoestima (Lemos *et al.*, 2011).

Para Sequeira (2010), a participação e o envolvimento em papéis sociais são determinantes para um envelhecimento bem-sucedido. Do ponto de vista psicológico, o momento da passagem à reforma constitui um processo de transição-adaptação, que poderá implicar alterações do funcionamento com consequências ao nível do bem-estar psicológico e social.

Segundo a DGS (2012), é fundamental promover uma organização e uma intervenção integrada e continuada que inclui cuidados primários, hospitalares e continuados integrados, sobre os fatores protetores, de risco e outros, assim como os determinantes biológicos, comportamentais e sociais ao longo do ciclo de vida.

A manutenção da capacidade funcional é em essência uma atividade multiprofissional. A presença de vários profissionais de saúde na rede de saúde deve ser vista como uma prioridade, com profissionais treinados e formados. O objetivo comum dos profissionais de saúde da assistência domiciliária é proporcionar melhoria ou manutenção da qualidade de vida dos seus utentes e dos cuidadores, e o domicílio é o local que favorece a dimensão física, psicológica, social e ambiental do idoso (Ramos *et al.*, 2005).

A reabilitação no domicílio implica diferentes e diversos níveis de intervenção, relacionando-se com o grau funcional do idoso (Lemos *et al.*, 2011). Assim sendo, o enfermeiro de reabilitação assume um importante papel na assistência domiciliária aos idosos, com o seu nível de competência para trabalhar com a capacidade funcional do idoso.

Também o cidadão responsável deve “*compreender o seu potencial de saúde, os determinantes de saúde e especificidades próprias associadas à sua fase de ciclo de vida e contexto, e desenvolver conhecimentos, atitudes, competências e responsabilidade*” (DGS, 2012, p. 67) promovendo a saúde e prevenindo a doença das comunidades.

Segundo Ramos *et al.* (2005), a promoção do envelhecimento bem-sucedido passa por atitudes de natureza preventiva capazes de evitar ou diminuir a incapacidade, fazendo o idoso manter um bom padrão funcional em idades avançadas. Segundo o DGS (2012), o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e autogestão da doença implica que a nível organizacional e na sua prática os profissionais de saúde prestem cuidados individualizados e personalizados, com a participação do cidadão no processo de decisão terapêutica.

De acordo com a DGS (2006), existe a aplicação de um modelo conceptual integrado consubstanciado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que se propõe a promover a manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida e melhorar a qualidade do acesso das pessoas idosas a cuidados de qualidade, flexíveis, transitórios ou de longa duração, assegurando a continuidade dos cuidados.

A assistência domiciliar é hoje uma das alternativas de atendimento mais eficientes existentes na área de saúde. O atendimento domiciliar define-se como um conjunto de atividades devidamente programadas e integradas entre si e pressupõe um trabalho de equipa com enfoque interdisciplinar.

Ao falar de programas voltados para a população idosa, é mais comum a modalidade que se aproxima do convencionado como atendimento domiciliar e permite algumas possibilidades assistências, tais como: preventivas, diagnósticas, terapêuticas, adaptativas, educacionais e de reabilitação (Ramos *et al.*, 2005). O trabalho realizado com essas famílias e os seus idosos é fundamental para o sucesso dos programas de atendimento domiciliar.

O enfermeiro de reabilitação pode intervir, de acordo com as suas competências, no contexto domiciliário, nomeadamente através das Unidades de Cuidados na Comunidade, sendo que o meio domiciliário poderá constituir para o idoso o ambiente mais confortável e propício de sucesso do seu processo de Reabilitação.

Para Jacob *et al.* (2008), os programas para idosos devem ter os seguintes objetivos: o envolvimento com a comunidade para evitar a institucionalização das pessoas idosas; o incentivo à atenção primária de saúde e programas que estimulem a autonomia do idoso.

Compete aos serviços/instituições selecionar os profissionais mais adequados em função dos objetivos, das necessidades dos idosos e das competências dos profissionais de saúde. A monitorização da saúde, o suporte social, o apoio familiar e o apoio formal/informal ao nível da assistência são fundamentais para a promoção da saúde e da funcionalidade através da adoção de estilos de vida saudáveis, na prevenção da doença e diagnóstico precoce. É necessário ajudar os idosos a reforçar ou a encontrar um projeto de vida (Sequeira, 2010).

Com um papel fulcral no apoio assistencial dos idosos em Portugal em qualquer contexto temos o enfermeiro de reabilitação. Após indagar no estado de arte, verificamos maior relevo da sua atuação em contexto domiciliário em pareceria com equipa interdisciplinar e apoio às redes de suporte sociais.

4. Conceção de um programa de enfermagem de reabilitação

No intuito de elaborar um programa de reabilitação, com o principal objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos idosos pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação indagamos na busca de material científico que sustente este objetivo.

Para início de elaboração do programa de reabilitação é importante a compreensão de alguns conceitos relacionados com a temática, como a atividade física e o exercício físico.

A atividade física pode traduzir-se na participação em sessões de exercícios estruturadas, caminhando ou realizando uma atividade que proporcione contato com outras pessoas, possibilitando a interação social, reduzindo os sentimentos de solidão e isolamento (OMS, 2011).

Para os idosos, o exercício físico dentro dos limites da sua capacidade física e sob controlo médico, reduz a perda de massa óssea e aumenta a força e massa muscular. Além disso, melhora o equilíbrio, a saúde mental e contribui para um estado geral de bem-estar (Bugalho e Ferreirinho, 2001).

Para Ramos *et al.* (2005), a prescrição de exercícios visando a prevenção da incapacidade deve ter como objetivos acabar com o sedentarismo, modificar fatores de risco para doenças que causam incapacidade, manter ou melhorar a força muscular, a capacidade aeróbia, o equilíbrio e a flexibilidade, e traz benefícios psicológicos, melhorando a autoestima e o bem-estar, bem como a integração social.

Para Nahas (2013), um programa regular inclui exercícios cardiorrespiratórios, aeróbios, de força, de flexibilidade e atividades neuromotoras de equilíbrio e coordenação; a maioria dos adultos deve praticar exercícios aeróbios de intensidade moderada por 30 minutos ou mais e 5 ou mais dias por semana, acumulando 150 minutos por semana ou exercícios vigorosos por 20 minutos em 3 dias por semana; realizar uma série de alongamentos para os principais grupos musculares em dois ou mais dias por semana.

Em relação às atividades físicas recomendadas especialmente para as pessoas idosas, caminhar é sempre um excelente exercício, tentando perfazer trinta minutos por dia. Recomendam-se sobretudo exercícios de resistência, que aumentam o ritmo respiratório e cardíaco, bem como os exercícios que aumentam a força muscular, e que exercitem o equilíbrio e a flexibilidade (Guccione *et al.*, 2002).

Para Nahas (2013, p. 132), *“mesmo atividades físicas moderadas de qualquer natureza têm mostrado benefícios significativos na redução de diversos fatores de risco, ajudando no controle da massa corporal”* e de outros problemas de saúde nomeadamente do controle do stress.

A atividade física recomendada e orientada pelo enfermeiro de reabilitação deve ser preferencialmente regular e moderada, como defende Sequeira (2010), pois esta apresenta um impacto positivo nas respostas motoras, na força muscular, na funcionalidade, no bem-estar, no convívio social e numa boa saúde mental. O estudo de Pahor *et al.* (2014) também defende que uma atividade física estruturada, inclui programas de exercícios aeróbios, de resistência, flexibilidade e treino de equilíbrio.

Os principais benefícios do treino de força muscular são *“a manutenção da massa muscular, prevenção da osteoporose, melhoria no desempenho nas AVD, diminuição de problemas articulares e lombares, melhor postura e maior probabilidade de manter a autonomia após os 65 anos. Aumenta o gasto basal, ajudando a manter o peso corporal saudável e a melhorar a qualidade de vida”* (Nahas, 2013, p. 132). Atualmente, atividade física é conhecida como fator promotor de saúde em todas as idades (Santarém *in* Jacob *et al.*, 2008).

Os estudos de adaptações fisiológicas ao exercício na pessoa muito idosa caracterizam-se em exercícios de resistência, incorporando a resistência e a força, ambos com benefício no desempenho das AIVD (Guccione *et al.*, 2002).

Indagando na pesquisa de dados científicos, segundo o estudo realizado por Monteiro *et al.* (2016), os idosos incluídos no mesmo não aproveitam as situações do quotidiano para a prática de atividades físicas, como tal justifica-se a implementação de programas de atividade física visando a adoção de estilos e hábitos de vida saudáveis nas tarefas de vida diária e em atividades de lazer. O enfermeiro de Reabilitação tem uma importante intervenção na promoção da atividade física dos idosos e na elaboração e implementação destes programas.

O estudo realizado por Pahor *et al.* (2014) sobre o efeito da atividade física estruturada em módulo de programas relacionados com a prevenção de grande incapacidade funcional em idosos através de programas adequados, sugere que a atividade física pode ajudar a prevenir a incapacidade funcional, a qual, segundo Neto (2005), pode levar a um estado de incapacidade. Para Wanderley e Diniz (2012), constata-se, após análise dos resultados, que a auto-perceção de saúde positiva reflete um maior nível de atividade física habitual. Observou-se uma maior prevalência de dependência nas AVD em idosos inativos.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação é fundamental nas alterações do envelhecimento, atuando na cognição, na comunicação, a nível sensorial e motor, bem como no treino das AVD, não esquecendo uma avaliação global da pessoa idosa, e atuando com o ambiente que envolve e sobre a família e/ou cuidador.

Segundo Pahor *et al.* (2014 p. 2387), *“a imobilidade nos idosos é comum e um fator de risco para a morbilidade, hospitalização, incapacidade e mortalidade. Evidências sugerem que a atividade física pode ajudar a prevenir a incapacidade funcional”*. O estudo realizado por estes autores, sobre o *“efeito da atividade física estruturada sobre a prevenção de grande incapacidade funcional em idosos, sugere que a atividade física pode*

ajudar a prevenir a incapacidade funcional dos idosos”, inclui um programa de exercícios aeróbios, de resistência, flexibilidade e treino de equilíbrio que foi comparado com um programa de sessões de educação para a saúde baseada em tópicos relevantes para os idosos e exercícios de alongamento dos membros superiores. Assim sendo, os autores do estudo concluíram que um programa estruturado de atividade física de intensidade moderada comparado com um programa de educação para a saúde reduz em mais de 2,6 anos a incapacidade funcional. Estes achados sugerem que há benefícios da mobilidade nos idosos mais vulneráveis.

Do estudo realizado por Manty *et al.* (2009 p. 83), conclui-se que *“entre os idosos, uma única sessão individualizada de atividade física com aconselhamento e com um contato telefónico a cada 4 meses durante 2 anos teve um efeito positivo sobre a mobilidade, um fator importante para a manutenção da independência do idoso na comunidade”*. Segundo estes autores, estudos anteriores mostraram que exercícios específicos melhoraram a função muscular, o controle postural e a velocidade de caminhada.

Intervenções de maior duração e regulares parecem ter um efeito positivo. *“a terapia de exercício de alta intensidade parece ser um pouco mais eficaz em melhorar a função física que a de baixa intensidade. Os exercícios de resistência parecem importantes na obtenção de efeitos funcionais e a terapia personalizada de exercício físico pode resultar em benefícios a longo prazo, pelo menos 30 minutos de atividade física de intensidade moderada, de preferência todos os dias da semana”*. Esta revisão sistemática e meta-análise demonstra que a mobilidade de idosos com co-morbilidades pode melhorar a mobilidade e a aptidão física através do exercício físico (Vries *et al.*, 2011 147-148).

Para Hauer *et al.* (2001, p. 10), um *“treino progressivo funcional e de resistência melhora significativamente a força e o equilíbrio”*, levando ao sucesso da reabilitação. A educação dos idosos e a transmissão da informação adequada é fundamental podendo contribuir para a prevenção e/ou diminuição de doenças crónicas, tais como cognitivos e sensoriais. Os autores Engelke e Schub (2015) também defendem programas focados na prevenção de quedas nomeadamente no domicílio, bem como o treino de equilíbrio e *status* nutricional relacionado com o IMC.

Segundo Nahas (2013, p. 149), *“a prática de 150 minutos/semana de atividades físicas moderadas pode reduzir o risco de doença coronária em 30% e o risco de diabetes em 27%”*. Um conjunto de evidências demonstram que o comportamento sedentário é um fator de risco para a saúde. Os exercícios cardiorrespiratórios acrescentam benefícios cardiovasculares e menores riscos de várias doenças crónicas e degenerativas (Nahas, 2013). Segundo estudos epidemiológicos, populações fisicamente ativas têm menor incidência de doenças crónicas. (Santarém *in* Jacob, 2008).

Para Engelke e Schub (2015) a função cognitiva e fatores sociais são aspetos que influenciam a realização das AVD. Utentes com mobilidade reduzida ou com múltiplas

morbilidades podem melhorar a mobilidade e a funcionalidade com a terapia do exercício físico.

Para Hasselmann *et al.* (2015), a manutenção da mobilidade em pessoas idosas tornou-se um dos principais objetivos nos serviços de saúde. Em idosos, programas de exercícios reduzem significativamente o risco de queda e morte. Exercícios intensivos e com várias modalidades são mais eficazes.

Os benefícios dos programas de treino com objetivos de aumentar a força e a potência muscular são demonstrados por vários investigadores. Evidências científicas têm mostrado claramente que a atividade física regular e treino com exercícios localizados, treino cardiovascular e de força, exercícios de flexibilidade e de equilíbrio são intervenções para manter a capacidade funcional em indivíduos idosos. Programas com adequada intensidade de estímulo, produzem ganhos de força igual ou superiores com os idosos quando comparados com os de sujeitos jovens (Ramos *et al.*, 2005).

Devem ser elaborados programas de reabilitação para défices funcionais, por exemplo, no equilíbrio e na marcha. É fundamental, aconselhar dispositivos de auxílio à locomoção; realizar treino funcional melhorando a força muscular e flexibilidade. É também importante, prevenir complicações da imobilidade e orientar o cuidador (Lemos, 2011). De acordo com Nahas (2013, p. 132) é *“meta prioritária trazer indivíduos totalmente inativos para um estilo de vida com alguma atividade física habitual, exigindo novas estratégias para manter adultos sedentários a mudar os seus estilos de vida”*.

Também para Yeom *et al.* (2008), fatores de risco estão relacionados com limitações da mobilidade, entre os quais idade avançada, género feminino, baixo *status* económico, estado civil, comorbilidades e falta de motivação, fatores relacionados com o estilo de vida, como o sedentarismo e a obesidade, entre os fatores de risco modificáveis temos os estilos de Vida. Fatores interpessoais, tais como relações sociais e contextos de cuidados podem estar associados a limitações na mobilidade dos idosos. Amplas relações sociais estão relacionadas com a redução do risco de limitações da mobilidade.

Segundo Nahas (2013, p. 157), *“intervenções comunitárias para aumentar os níveis de atividade física envolvem objetivos de mudança nas redes sociais, nas normas organizacionais e no ambiente físico. É necessário procurar a possibilidade de manutenção destes novos comportamentos”*.

Efeitos da idade nos sistemas sensoriais interferem com a postura, o equilíbrio e na marcha. O treino cognitivo possibilita trabalhar com os mecanismos cognitivos que são responsáveis pelo equilíbrio corporal. Programas personalizados de reabilitação cognitiva modelados em programas de reabilitação sensório-motores podem ter benefícios no equilíbrio postural, melhorando a sua qualidade de vida. (Borel e Alescio-Lutier, 2014).

Para o desenvolvimento e implementação de programas de reabilitação, o enfermeiro de reabilitação assume um papel crucial, atuando de acordo com as suas competências em vários contextos de prestação de cuidados, nomeadamente no domicílio.

A principal atividade do enfermeiro de reabilitação é de prestar cuidados de enfermagem a pessoas sãs ou doentes, para que estas mantenham e/ou melhorem a sua saúde. No âmbito da reabilitação, é da sua competência ensinar e treinar a pessoa nas atividades funcionais da sua vida diária, ensinar e orientar os respetivos familiares no processo de reabilitação, executar técnicas específicas de reeducação de funções orgânicas afetadas, e participar em equipa, nos programas de prevenção/reabilitação e de reintegração” (Hoeman, 2000).

Para Lemos (2011), os objetivos da reabilitação na assistência domiciliária passam por planejar o ambiente domiciliar de forma a facilitar o desenvolvimento de atividades funcionais para o idoso; orientar a família e/ou cuidador nos posicionamentos, transferências, e risco de quedas. Estes objetivos visam retardar a instalação de incapacidades, maximizando as capacidades e habilidades do idoso, no sentido da satisfação de interesses e necessidades que lhe são próprios, simplificando as tarefas quotidianas, a autonomia e a adaptação do indivíduo.

Nos programas de reabilitação podem e devem ser constituídos equipas interprofissionais com funcionamento em colaboração, em que as relações entre as diversas funções são o resultado de negociações e acordos. Qualquer membro preparado pode assumir funções de liderança conforme a situação (Ramos *et al.*, 2005).

O enfermeiro de reabilitação assume como principal atividade a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas sãs ou doentes, para manterem ou melhorem a sua saúde. No âmbito da reabilitação é da sua competência ensinar, instruir e treinar a pessoa nas atividades funcionais da sua vida diária, bem como ensinar e orientar os respetivos familiares no processo de reabilitação. O enfermeiro de reabilitação tem competências para participar em equipa, nos programas de prevenção/reabilitação e de reintegração (Hoeman, 2000).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 3), a reabilitação tem como competência a *“implementação de programas de reeducação funcional cardiorrespiratória, reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva, otimização ou reeducação das restantes funções da alimentação e eliminação”*. Ensina, demonstra e treina no âmbito de programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos, nomeadamente internamento, domicílio e comunidade. Estes programas concebidos e implementados pelo enfermeiro de reabilitação promovem capacidades adaptativas nos processos de transição saúde/doença.

O Enfermeiro não deve somente centrar-se na dimensão biológica, mas também na dimensão psicossocial, cultural, entre outras. Deve promover e facilitar o envolvimento da família do idoso, estimulando-o nas suas várias dimensões com vista à obtenção do seu máximo potencial (Apóstolo *et al.*, 2015, p. 80).

Segundo as recomendações e objetivos referidos, o programa de reabilitação deve passar por uma avaliação prévia e global do idoso, envolvendo uma entrevista. O programa de reabilitação deve incluir sessões de educação para a saúde e deve incluir exercícios de

alongamento no início e no final do programa. São também incluídos exercícios cardiorrespiratórios e aeróbios, de resistência, flexibilidade, de equilíbrio e coordenação, não esquecendo exercícios de estimulação cognitiva. Todos estes exercícios podem e devem ser prescritos, orientados e monitorizados pelo enfermeiro de reabilitação. Esta tipologia de exercícios permite ao idoso melhorar a sua capacidade funcional nomeadamente na execução das AVD, as quais devem ser instruídas e treinadas.

Em síntese, considera-se fundamental a criação de programas de reabilitação, nos quais são abordadas temáticas relacionadas com o envelhecimento, como a atividade física nos idosos, quedas e outros temas pertinentes visando a preparação do idoso e do cuidador. Estudos demonstram que a inclusão da prática de atividade física moderada, incluindo exercícios cardiorrespiratórios, de resistência, força muscular, flexibilidade e equilíbrio melhoram as condições de vida.

Como tal, é importante indagar estratégias a adotar na implementação dos programas de reabilitação, nomeadamente para prevenção da imobilidade, incluindo sessões de educação para a saúde, assegurando uma abordagem assistencial do processo de envelhecimento bem-sucedido incluindo o contexto familiar e domiciliário, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas aos idosos.

II - PARTE - PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Uma vez apresentado o enquadramento teórico avançamos para o processo metodológico do estudo de campo. Segundo Fortin (2009), a investigação em enfermagem apresenta uma base científica que fundamenta a sua prática como profissão e disciplina. Assim, a investigação proporciona o incremento do seu campo de conhecimento e facilita o seu desenvolvimento enquanto ciência. Para que a investigação seja possível, deve assentar num processo racional, sistemático e rigoroso, que se traduza num método de investigação com as orientações e os objetivos do estudo.

Como tal, no presente planeamento do estudo de campo será elaborado um enquadramento metodológico da investigação, que incluirá a natureza e os objetivos do estudo, as perguntas de investigação, a população e amostra, as variáveis em estudo. Também é descrito o instrumento e os procedimentos de colheita de dados e de ética, bem como as fundamentações que motivaram essas questões.

Os cuidados de Reabilitação são fundamentais para promover a mobilidade dos idosos, nomeadamente aqueles que têm mobilidade reduzida pertencentes à amostra em estudo.

O desenho do estudo de investigação pode definir-se como uma estrutura geral ou plano de investigação do estudo (Ribeiro, 2010). Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, exploratório e descritivo que está inserido num estudo alargado que se encontra em desenvolvimento na ESEP designado “Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional”, em parceria com o Município de Vila Nova de Famalicão.

Neste estudo é utilizado o paradigma de investigação quantitativa, que consiste na *“manipulação de dados numéricos, através de procedimentos estatísticos, com o propósito de descrever fenómenos ou avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles”* (Polit e Hungler, 1995, p. 358-359). Segundo Polit e Beck (2011), o propósito dos estudos quantitativos não experimentais do tipo descritivos consiste em observar, descrever e documentar aspetos de uma determinada situação.

Os estudos de cariz descritivo pretendem determinar a natureza e as características de conceitos, populações ou fenómenos em estudo. Para tal, o investigador observa, descobre, caracteriza e classifica a informação recolhida e produzida, de forma a conhecer e definir com precisão o seu objeto de estudo (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin (2009, p. 236), *“como se situam num primeiro nível de investigação, os estudos descritivos são geralmente baseados em questões de investigação ou objetivos e não em hipóteses”*. Como tal, o estudo tem como finalidade contribuir para uma intervenção específica do enfermeiro de reabilitação na prestação de cuidados ao idoso com mobilidade reduzida. E para articulação do estudo delineamos os seguintes objetivos:

- Identificar as determinantes sociodemográficas dos idosos com mobilidade reduzida;

- Analisar o índice de dependência, os estilos de Vida, atividade física e da alimentação e solidão dos idosos com mobilidade reduzida;
- Indagar diferenças de género nos Idosos com mobilidade reduzida;
- Analisar as condições de saúde dos Idosos.

Segundo Fortin (2009), os estudos descritivos são estudos exploratórios que decorrem do facto do investigador não ter necessariamente um conjunto de suposições bem desenvolvidas para formular hipóteses, fornecendo uma descrição dos dados sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis. A autora acrescenta que estes tipos de estudos *“consistem em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”* (Fortin, 2000, p. 163).

Com este estudo pretendem-se aferir os determinantes que impedem a mobilidade dos idosos e que condicionam o envelhecimento ativo, contribuindo para demonstrar a importância da implementação de programas de reabilitação para idosos. Pelo que, parte da seguinte pergunta de investigação: será que há condições determinantes para que os idosos que vivem no seu domicílio passem a maior parte do tempo sentados e quanto muito caminham distâncias curtas?

1. População e Amostra

Polit e Hungler (1995, p. 143) definem população como *“toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios”*. Fortin (2000, p. 373) entende por população *“o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”*.

Relativamente à amostra, considera-se que é o processo de seleção de uma parte da população para representar a sua totalidade (Polit e Hungler, 1995). Fortin (2000, p. 363) acrescenta que *“é o conjunto de operações que consiste em escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada”*.

O universo em estudo são os idosos de 26 freguesias do concelho de Vila Nova de Famalicão, onde foi constituído uma amostra intencional não probabilística, num total de 2461 idosos com mais de 65 anos e deste foi criada uma subamostra constituída pelos que têm mobilidade reduzida, tendo a amostra ficado constituída por 1298 casos. Os critérios de inclusão serão os idosos que referiram passar a maior parte do tempo sentados e quanto muito caminham distâncias curtas, o que nos leva a afirmar que a representação deste critério é de 52,7% da amostra de idosos estudados.

2. Variáveis em estudo

No estudo desenvolvido, procedeu-se à operacionalização de um conjunto de variáveis. Uma variável caracteriza-se por um “conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Esta corresponde a uma qualidade ou a uma característica, atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico” (Fortin, 2009, p. 48).

Os quadros que se seguem descrevem a componente, a dimensão e o indicador das variáveis: sociodemográficas; condições de saúde e quedas; índice de dependência, estilo de vida, atividade física, alimentação e solidão. No quadro 1, estão descritas as variáveis sociodemográficas inerentes ao estudo.

Quadro 1: Variáveis Sociodemográficas

Componente	Dimensão	Indicador
Género	Masculino	Sim/Não
	Feminino	Sim/Não
Idade	Mais de 65 anos	Anos completos
Estado Civil	Solteiro(a)/ Casado(a)/ Separado(a)/ Divorciado(a)/ Viúvo(a)	Sim/Não
Alfabetismo	Sabe ler Sabe escrever	Sim /Não
Fonte de rendimento	Trabalho/ Reforma/pensão/ Rendimento social de inserção/ Outra	Sim/Não
Habilitações Literárias	Nenhuma/ Ensino básico - 1º ciclo (4º ano antigo)/ Ensino básico - 2º ciclo (6º ano antigo)/ Ensino básico - 3º ciclo (9º ano antigo)/ Ensino secundário - 12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico/ Ensino pós secundário - curso de especialização tecnológica /Bacharelato/ Licenciatura /Mestrado/ Doutoramento	Sim/Não
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa/ Profissões intelectuais e científicas/ Pessoal administrativo e similares/ Pessoal dos serviços e vendedores/ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca Operários, artífices e trabalhadores similares/ Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem/ Profissões não qualificadas/ Doméstico(a)/ Forças armadas	Sim/Não
Coabitantes	Com mais de 65 anos	Número de coabitantes

É essencial a inserção de variáveis sociodemográficas no estudo, na medida que estas são importantes para traçar o perfil das características dos sujeitos da amostra e ajudam a tomar opções face ao desenho da intervenção.

Segue-se a descrição da variável “*Condições de Saúde*” quanto à sua componente, dimensão e indicador. São avaliadas componentes como o estado de saúde, o IMC; doenças, sintomas/manifestações e quedas.

Quadro 2: Variável Condições de Saúde

Componente	Dimensão	Indicador
Como considera o seu estado de saúde	Muito Bom Bom Mau Muito mau	Sim/Não
IMC	Desnutrido Risco de desnutrição Eutrofia Pré-obesidade Obesidade	Peso/ altura ²
Doenças	Doenças cerebrovasculares (AVC)/ Doença cardiovascular (Enfarte, Trombose, HTA)/ Doença neurológica (Parkinson)/ Doença musculoesquelética e osteoarticular (Artrite)/ Doença oncológica/ Doença respiratória (DPOC, Asma, Bronquite)/ Doença endócrina (Diabetes)/ Doença do sistema nervoso (Alzheimer)/ Doença Psiquiátrica (Depressão)/Outra/ Não tem doença	Sim/Não
Sintomas/ manifestações	Perda de urina/ Sentimentos de tristeza persistente/ Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia/ Dor musculoesquelética e osteoarticular (Artrite)/ Dificuldade em andar/ Desequilíbrios constantes/ Diminuição da audição/ Diminuição da visão/ Outra/ Não tem sintomas/manifestações	Sim/ Não
Queda	Nos últimos 6 meses	Nenhuma/ Uma vez/ Duas vezes / Três ou mais vezes
Reação depois da queda	Se consegue levantar-se sozinho do chão	Sim/ Não

O IMC é uma medida de composição corporal, determinando a massa corporal (peso) se está dentro do recomendável para a saúde por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Segundo a Associação Portuguesa dos dietistas (2016) descreve os valores do IMC ajustados para os idosos com idade superior a 65 anos: desnutrição < 22; risco de desnutrição 22-23,9; eutrofia 24-26,9; pré-obesidade 27-30 para o sexo masculino e 27-32 para o sexo feminino; > 30 para o sexo masculino e > 32 para o sexo feminino.

O estado de saúde dos indivíduos poderá ser crucial para uma compreensão do

envelhecimento e condições de saúde que afetam os idosos. Estas componentes fazem parte das condições de saúde em relação à amostra de idosos em estudo. É importante ter a noção de como os idosos da amostra consideram o seu estado de saúde, quais as doenças e sintomas/manifestações que apresentam.

As quedas poderão ser negativas no estado de saúde do idoso, podendo levar à sua imobilidade dificultando o envelhecimento ativo. Para Perracini (2005), queda é um limitante, considerado um marcador de fragilidade, impondo-se aos profissionais de saúde, o desafio de identificar fatores de risco modificáveis e tratar de fatores etiológicos e determinantes. A maior suscetibilidade dos idosos a sofrerem lesões decorrentes de uma queda deve-se à alta prevalência de comorbidades presentes nessa população, associada ao declínio funcional resultante do processo de envelhecimento.

Com frequência uma única queda resulta em medo de cair, o que leva a uma perda de confiança na capacidade da pessoa em realizar tarefas do quotidiano, à restrição nas atividades, ao isolamento social e à dependência aumentada dos outros. O descondicionamento, a rigidez articular e a fraqueza muscular resultantes, decorrentes da imobilidade, podem levar a mais quedas e a mais restrição adicional da mobilidade (Guccione *et al.*, 2002).

Défices nas condições de saúde dos idosos e quedas podem inclusive influenciar o estado de dependência do idoso. O quadro que se segue descreve a variável índice de Dependência. O “Índice de dependência” para avaliação das AIVD será avaliado pela Escala de Lawton y Brody (1969). As AIVD são atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade (Sequeira, 2010).

Quadro 3: Variável Índice de dependência

Componente	Dimensão	Indicador
Utilização do telefone	Utiliza o telefone por iniciativa própria.	1
	É capaz de marcar bem alguns números familiares.	2
	É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar.	3
	Não é capaz de usar o telefone.	4
Fazer compras	Realiza todas as compras necessárias independentemente.	1
	Realiza independentemente pequenas compras.	2
	Necessita de ir acompanhado(a) para fazer qualquer compra.	3
	É totalmente incapaz de comprar.	4
Preparar refeições	Organiza, prepara e serve as refeições sozinho(a) e adequadamente.	1
	Prepara adequadamente as refeições se lhe fornecem os alimentos.	2
	Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada.	3
	Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.	4

Componente	Dimensão	Indicador
Tarefas domésticas	Mantém a casa sozinho(a) ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados).	1
	Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama.	2
	Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza.	3
	Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas.	4
	Não participa em nenhuma tarefa doméstica.	5
Lavagem da roupa	Lava sozinho(a) toda a sua roupa.	1
	Lava sozinho(a) pequenas peças de roupa.	2
	A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros.	3
Utilização de meios de transporte	Viaja sozinho(a) em transporte público ou conduz o seu próprio carro.	1
	É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte.	2
	Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado(a).	3
	Só utiliza o táxi ou o automóvel com a ajuda de terceiros.	4
	Não viaja.	5
Manejo da medicação	É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas.	1
	Toma a medicação se a dose é preparada previamente.	2
	Não é capaz de tomar a sua medicação.	3
Responsabilidade de assuntos financeiros	Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho(a).	1
	Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco.	2
	Incapaz de manusear o dinheiro.	3

Segundo Farinatti (2008, p. 363), a Escala IADL de Lawton “*publicada originalmente por Lawton e Brody em 1969, desenvolvida em Philadelphia Geriatric Center e que resultou de estudos sobre a organização e a complexidade de diferentes dimensões do quotidiano de idosos, principalmente quando vivem em comunidade*” e que vem complementar as informações fornecidas pelas escalas ADL. Escala foi delineada para aplicação por profissionais de saúde, o tempo necessário para completá-la é cerca de 5 minutos, facto que aumenta a exequibilidade da sua utilização em grupos numerosos,

podem ser levadas em conta informações fornecidas pelo próprio avaliado e por pessoas que têm contacto com ele.

Existem três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência para cada item e a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O *score* final corresponde ao somatório do valor dado a todos os itens. Este índice varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 independente; 9-20 moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; maior que 20 severamente dependente, necessita de muita ajuda (Sequeira, 2010).

A operacionalização da variável Índice de dependência permite conhecer o grau de dependência dos idosos. Refira-se que na base da operacionalização desta variável esteve todo um envolvimento teórico referente a princípios de capacidade funcional, com enfoque em instrumentos de avaliação funcional como o índice de Lawton e Brody.

A Escala de Perfil do Estilo de Vida de Nahas (2013), permite perceber individualmente o estilo de vida de cada um, de forma a que mais tarde, possa criar estratégias interventivas e sessões diretivas para reduzir os estilos de vida menos saudáveis. As componentes, dimensões e indicadores da variável “Estilo de Vida” estão descritos no quadro que se segue.

Quadro 4: Variável Estilo de vida

Componente	Dimensão	Indicador
Nutrição	A minha alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças.	0/1/2/3
	Evito ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces.	
	Faço 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço.	
Atividade Física	No meu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança).	0/1/2/3
	Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular.	
	No meu dia-a-dia, caminho ou pedalo como meio de transporte e, preferencialmente, uso as escadas ao invés do elevador.	
Comportamento Preventivo	Conheço a minha Tensão arterial, os meus níveis de colesterol e procuro controlá-los.	0/1/2/3
	Evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo).	
	Respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool.	
Comportamento Relacional	Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos.	0/1/2/3
	No meu tempo livre procuro ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.	
	Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social.	
Controle do Stress	Reservo tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.	0/1/2/3
	Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado.	
	Equilibro o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.	

A operacionalização desta variável é realizada recorrendo à escala “Perfil do Estilo de Vida Individual”, que inclui cinco dimensões fundamentais do estilo de vida que influenciam a saúde do indivíduo: alimentação, atividade física, comportamento preventivo, comportamento relacional e controlo do stress.

De acordo com Nahas (2013) esta escala compreende um total de 15 questões, ou seja, 3 para cada um dos componentes do estilo de vida. Cada questão possui uma escala tipo *likert*, de resposta que varia de “0” a “3”. Os valores “0” e “1” estão vinculados ao perfil negativo de estilo de vida, que correspondem respetivamente a: “absolutamente não faz parte do meu estilo de vida” e “às vezes corresponde ao meu comportamento”. As respostas associadas ao perfil positivo são os valores “2” e “3”, os quais descrevem, respetivamente: “quase sempre verdadeiro no meu comportamento” e “sempre verdadeira no meu dia-a-dia”.

O Estilo de Vida caracteriza-se por um conjunto de ações habituais as quais refletem comportamentos, atitudes e valores, com grande influência na saúde geral e qualidade de vida dos indivíduos (Nahas, 2013). “*A relação entre um estilo de vida sedentário e limitações da mobilidade sugere os benefícios potenciais de intervenções de atividade física na preservação da mobilidade nos idosos*”. (Yeom et al., 2008, p. 138).

Os estilos de vida influenciam a forma como se envelhece, como tal têm sido projetadas intervenções na comunidade para obter ganhos em saúde relacionados com a autonomia e independência do idoso.

Atualmente, o estilo de vida ativo é fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade, pois relaciona-se com o comportamento individual de cada um, mas que depende da sua motivação, informação, oportunidades e dificuldades. Segundo Nahas (2013), os estilos de vida apresentam *fatores positivos e negativos* que afetam a nossa saúde, a curto ou longo prazo. Com o envelhecimento, a mobilidade e a autonomia das pessoas estão diretamente associadas a fatores do estilo de vida.

A adoção de estilos de vida saudáveis e uma participação ativa na sociedade, é importante ao longo do ciclo da vida. O envelhecimento com uma atividade física adequada que também diminua o *stress*, associada a hábitos alimentares saudáveis, entre outros pode prevenir doenças e o declínio funcional e aumentar a longevidade com qualidade de vida (OMS, 2002).

Existem fatores do nosso estilo de vida que afetam negativamente a nossa saúde e sobre os quais podemos ou não ter controle. Entre os fatores que podemos controlar temos a alimentação inadequada, o sedentarismo através do exercício físico e o *stress* o qual provém do estilo de vida que adotamos, mas podemos mudar atitudes e comportamentos (Nahas, 2013).

Os determinantes de saúde são fatores pessoais, económicos, sociais, e ambientais que interagem e determinam o estado de saúde das pessoas e populações (DGS, 2006, p. 11).

Segundo Nahas (2013), atualmente dá-se relevância a um conceito de saúde positiva em que os hábitos pessoais e o estilo de vida têm um grande impacto na saúde. As mudanças de comportamento parecem estar relacionadas com a prevenção e controlo das doenças associadas à inatividade. O estilo de vida e os hábitos são estabelecidos na vida adulta podendo influenciar a longevidade e a saúde na velhice.

Para muitas pessoas comportamentos do estilo de vida podem modificar a influência da hereditariedade no declínio funcional e no aparecimento de doenças (OMS, 2002).

Segundo Nahas (2013), pesquisas têm demonstrado que uma nutrição adequada, controlo do stress, atividades físicas moderadas e suporte social são fundamentais para um envelhecimento saudável. Os conhecimentos, atitudes e comportamentos são fundamentais para combater os condicionamentos negativos e promover hábitos que promovam a saúde positiva. Também alguns fatores determinantes podem dificultar ou facilitar o comportamento do idoso, podendo advir do ambiente físico e das características socioculturais.

“O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas, nomeadamente as cérebro-cardiovasculares, a hipertensão arterial e a diabetes” (DGS, 2012, p. 33). Tal como, está descrito no estudo de Dunkler et al. (2016, p.38) em que os estilos de vida saudáveis apresentam efeitos positivos na doença cardiovascular e diabetes.

De acordo com Nahas (2013), na escala de atividades físicas habituais para cada questão respondida sim, são atribuídos os pontos pré-definidos. Em relação à componente atividades ocupacionais diárias, à afirmação “desloco-me diariamente nas minhas atividades a pé ou de bicicleta (pelo menos 800 metros em cada percurso)” corresponde a 3 pontos e geralmente usar escadas em vez do elevador é atribuído 1 ponto. Quanto à componente atividades diárias, à afirmação “passo a maior parte do tempo sentada e quanto muito caminho” são atribuídos 0 pontos; “na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais” são atribuídos 4 pontos e 9 pontos para “diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado)”.

Quanto às atividades de lazer, à afirmação “o meu lazer inclui atividades físicas leves como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana)” 2 pontos; “Ao menos uma vez por semana participo em algum tipo de dança” 2 pontos; “quando estou sobre tensão faço exercícios para relaxar” 1 ponto; “ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada” 3 pontos; “participo em aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente” 2 pontos; “faço musculação duas ou mais vezes por semana 4 pontos. Em relação a “jogar ténis, basquetebol, futebol ou outro desporto 30 minutos ou mais por jogo”: uma vez por semana são atribuídos 2 pontos; duas vezes por semana 4 pontos e três ou mais vezes por semana 7 pontos. E finalmente, “participar em exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20 minutos ou mais por sessão, uma vez por semana são atribuídos 3 pontos; duas vezes por semana 6 pontos e três ou mais vezes por semana 10 pontos.

Quadro 5: Variável atividade física

Componente	Dimensão	Indicador
Atividades ocupacionais diárias	Desloco-me diariamente nas minhas atividades a pé ou de bicicleta (pelo menos 800 metros em cada percurso).	3
	Geralmente uso as escadas em vez do elevador.	1
Atividades diárias	Passo a maior parte do tempo sentada e quanto muito caminho distâncias curtas.	0
	Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais.	4
	Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado).	9
Atividades de Lazer	O meu lazer inclui atividades físicas leves como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana).	2
	Ao menos uma vez por semana participo em algum tipo de dança.	2
	Quando estou sobre tensão faço exercícios para relaxar	1
	Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada	3
	Participo em aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente.	2
	Faço musculação duas ou mais vezes por semana.	4
Jogo ténis basquetebol, futebol ou outro desporto 30 minutos ou mais por jogo	Uma vez por semana	2
	Duas vezes por semana	4
	Três ou mais vezes por semana	7
Participo em exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20 minutos ou mais por sessão	Uma vez por semana	3
	Duas vezes por semana	6
	Três ou mais vezes por semana	10

A soma dos pontos é indicativa da atividade da pessoa. A faixa ideal para a saúde da maioria das pessoas é de moderadamente ativo(a) - 12 a 20 pontos. A classificação está dividida em diferentes grupos: 0-5 pontos inativo; 6-11 pontos pouco ativo; 12-20 pontos moderadamente ativo e 21 ou mais pontos muito ativo (Nahas, 2013).

Atividade física é voluntária e resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso, tais como, atividades ocupacionais, AVD e AIVD, atividades de lazer. A aptidão física pode ser definida como a capacidade de realizar atividades físicas. Os componentes da aptidão física podem ser influenciados pelas atividades físicas habituais, como a aptidão cardiorrespiratória, a força/resistência muscular, a flexibilidade e a composição corporal (Nahas, 2013). Exercício é uma atividade física mais estruturada, com objetivos a serem atingidos e técnicas específicas de realização (Jacob *et al.*, 2008).

Considera-se inativo um indivíduo que tenha um estilo de vida com um mínimo de atividade física, inferior a 500 kcal por semana; para a pessoa ser moderadamente ativa deve realizar atividades físicas que acumulem um gasto energético semanal de pelo menos 1000 Kcal.(Nahas, 2013).

Para uma melhor caracterização dos hábitos e preferências alimentares dos idosos procedeu-se à sua operacionalização, através da utilização do Questionário de Frequência Alimentar (QFA), originalmente desenvolvido pelas nutricionistas Raquel F. Pereira e Márcia D. Hirschbruch, adaptado por Nahas (2013).

Quadro 6: Variável Alimentação

Componente	Dimensão	Indicador
Alimentação	Consumo três ou mais porções de frutas ou sumos de fruta natural.	10/5/1/0
	Consumo folhas verdes cruas ou cozidas.	10/5/1/0
	Consumo carnes vermelhas magras.	2/4/8/10
	Consumo carnes vermelhas gordas.	0/0/5/10
	Consumo peito de frango, peixes, peito de peru ou refeições (sem carne) com feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico ou soja.	10/8/5/0
	Consumo doces.	0/5/7/10
	Consumo pelo menos um copo de leite, um copo de iogurte ou uma fatia de queijo.	10/5/0/0
	Consumo pelo menos duas porções de vegetais crus, cozidos ou assados (exceto fritos).	10/5/0/0
	Consumo refrigerantes.	0/2/4/10
	Consumo pelo menos quatro porções de pães, cereais matinais (aveia, flocos de milho), massa, arroz.	10/8/4/0
	Consumo de mais calorias do que o meu corpo precisa.	0/2/8/10
	Consumo fritos ou outros alimentos gordurosos.	0/0/5/10
	Consumo folhas verdes escuras, cenoura, mamão, manga, abóbora.	10/8/2/10
	Consumo alimentos integrais (arroz, outros cereais integrais, farelo de trigo, pão integral, massas integrais).	10/8/2/0
	Consumo mais de duas colheres de sopa por dia de açúcar nas minhas bebidas (sumos, chá, leite ou café).	0/0/5/10
	Consumo mais de três chávenas pequenas de café.	0/0/5/10
	Consumo pelo menos três a quatro refeições por dia.	10/5/2/0
	Consumo mais do que 120 g - um bife (mulheres) ou 180 g - um bife e meio (homens) de carne, frango, peru, peixe, etc.	0/2/4/10
	Não tomo o café da manhã.	0/2/4/10
	Consumo sanduíches em bares fastfood.	0/2/4/10

O Questionário de Frequência alimentar permite que a pessoa veja se o seu padrão alimentar é saudável e possui dois componentes: uma lista de alimentos e a frequência de consumo de cada alimento. Assim, os indicadores referem-se às unidades de tempo, relativas à frequência do consumo dos vários alimentos, sendo neste caso: diariamente, 3 a 6 vezes por semana, 1 a 2 vezes por semana, 3 vezes por mês.

Se a soma das pontuações for entre 160 e 200 pontos, os hábitos alimentares são excelentes. Entre 120 a 159 pontos, está no caminho certo, mas pode melhorar. Score inferior a 120 indica que a qualidade da alimentação da pessoa precisa de melhorar bastante (Nahas, 2013).

A solidão foi avaliada pela escala de solidão da UCLA desenvolvida por Sisenwein (1964) adaptada para população portuguesa por Barroso e Tapadinhas (2008) está descrita no quadro que se segue, segundo as suas dimensões e indicadores.

Quadro 7: Variável Solidão

Componente	Dimensão	Indicador
Solidão	Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	1/2/3/4
	Sinto falta de camaradagem.	4/3/2/1
	Não há ninguém a quem possa recorrer.	4/3/2/1
	Sinto que faço parte de um grupo de amigos (as).	1/2/3/4
	Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	1/2/3/4
	Já não sinto mais intimidade com ninguém.	4/3/2/1
	Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	4/3/2/1
	Sou uma pessoa voltada para fora.	1/2/3/4
	Há pessoas a quem me sinto chegado.	1/2/3/4
	Sinto-me excluído/a.	4/3/2/1
	Ninguém me conhece realmente bem.	4/3/2/1
	Sinto-me isolado/a dos outros	4/3/2/1
	Consigo encontrar camaradagem quando quero.	1/2/3/4
	Há pessoas que me compreendem realmente.	1/2/3/4
	Sou infeliz por ser tão retraído/a.	4/3/2/1
	As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.	4/3/2/1
	Há pessoas com quem consigo falar.	1/2/3/4
	Há pessoas a quem posso recorrer.	1/2/3/4

A escala é constituída pelos seguintes pontos: Nunca, Raramente, Algumas vezes e Muitas vezes. A pontuação dos itens negativos é obtida através da inversão da escala. No entanto, as questões de itens positivos a pontuação é a seguinte: “Nunca”: um (1) ponto; “Raramente”: dois (2) pontos; “Algumas vezes”: três (3) pontos; “Muitas vezes”: quatro (4) pontos.

A Escala da Solidão UCLA (adaptação portuguesa pelo autor Neto, 1989) é constituída por 18 perguntas, avaliadas numa escala de escolha múltipla de 4 pontos, sendo que a cada um está atribuído um valor. Para cada questão os inquiridos selecionam o item que melhor reflete os seus sentimentos (Barroso e Tapadinhas, 2008).

Para a obtenção da pontuação final somam-se os 18 itens. Assim, a pontuação situa-se entre os 18 e os 72 pontos. Segundo esta escala, conclui-se que quanto maior for a pontuação final, maior é o nível de solidão.

A operacionalização das variáveis em estudo e a clarificação das mesmas é fundamental, para a compreensão do estudo e dos resultados, pelo simples facto de que todas podem interferir ou afetar o objeto de estudo, devem ser identificadas e devidamente controladas sob a pena de inviabilizar toda a pesquisa. O conjunto de instrumentos possibilitou a recolha de dados.

Perante estas variáveis, foram devidamente selecionados um conjunto de instrumentos que possibilitaram a recolha de dados.

3. Instrumento de colheita de dados

A escolha do método de colheita de dados é dependente da natureza do problema em estudo, do conhecimento pré-existente sobre as variáveis em análise, do desenho do estudo, da possibilidade de obter medidas adequadas para as definições conceptuais e da fidelidade dos instrumentos de medida. No caso dos estudos descritivos, os métodos de recolha de dados podem ser variados, estruturados ou não estruturados de acordo com as características do estudo (Fortin, 2009).

Ao escolhermos o instrumento de medida - questionário - tivemos em conta o que estes autores dizem a respeito da recolha de dados por este meio (Polit e Hungler, 1995): *“as perguntas precisam de estar numa sequência, numa ordem psicologicamente significativa e de uma forma a estimular a colaboração e a franqueza.”* (p. 68); também são confidenciais, *“Os questionários oferecem a possibilidade de anonimato total, que pode ser fundamental na obtenção de informações sobre comportamentos socialmente inaceitáveis.”* (p. 170). Além disso, a *“ausência de um entrevistador garante não haver tendenciosidade nas respostas que reflitam a reação do respondente ao entrevistador, e não às perguntas entre si”* (p. 170).

Vários autores, entre os quais Ghiglione e Matalon (2005), referem alguns limites e desvantagens do questionário, tais como: podem ter custos elevados, existir alguma superficialidade nas respostas e implicar a individualização dos inquiridos. No entanto, estes autores também defendem que o questionário é um instrumento estandardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem, com o objetivo de garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos, estimar grandezas absolutas e relativas, bem como descrever uma população.

O instrumento de colheita de dados do estudo é um questionário (Anexo I) com 113 perguntas e com recurso a escalas já testadas, para além das perguntas de caracterização sociodemográfica. O tempo médio de preenchimento do mesmo é de 40 minutos.

4. Procedimento de colheita de dados e ética

Os dados foram colhidos a partir de um estudo desenvolvido numa parceria entre a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão e a Escola Superior de Enfermagem do Porto, *“Viver bem, com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional”* estudo realizado a uma população com mais de 65 anos.

O desenvolvimento da colheita de dados foi feito com a colaboração dos Presidentes das Juntas de Freguesia que identificaram os idosos. No primeiro contacto, era questionado sobre o interesse e disponibilidade de participar no estudo, sendo expresso o consentimento e caso aceitassem deixava-se o questionário e combinava-se a data de recolha. No dia da recolha, caso o idoso tivesse dúvidas eram explicitadas as questões e assim se completava o preenchimento.

Em caso algum, era identificado o idoso e ao investigador chegavam os questionários preenchidos que depois foram lançados numa base de dados decorrendo da análise estatística dos mesmos.

Numa perspetiva de segurança sobre as questões éticas foram tidos em consideração todos os pressupostos éticos inerentes à investigação em saúde e com a pessoa humana, nomeadamente os princípios da beneficência, não maleficência e justiça. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética - CES do Centro Hospitalar de S. João/FMUP 244-14, todas as formalidades de consentimento foram asseguradas pela equipa que recolheu os dados.

Em síntese, o planeamento da pesquisa foi pensado em torno dos objetivos e organizado de forma a garantir a qualidade da investigação.

III - PARTE - CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO A IDOSOS COM MOBILIDADE REDUZIDA

Passamos assim a descrever os resultados, a fim de construir um caminho para a construção de um programa de reabilitação para idosos com mobilidade reduzida.

Inicialmente são apresentados os resultados relativos à descrição das características sociodemográficas da amostra, das condições de saúde e quedas, da dependência dos idosos, alimentação, atividade física, estilos de vida e solidão. Terminando com a explicação de dados, para poder especificar o referido programa.

1. Perfil dos idosos com mobilidade reduzida

Para uma melhor interpretação e análise dos dados, recorreremos ao uso de tabelas e quadros, que constituirão um suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

A análise descritiva dos dados é o um processo utilizado pelo investigador para resumir um conjunto de dados brutos recorrendo a testes estatísticos. Este processo permite descrever as características da amostra procurando uma resposta para a questão de investigação (Fortin, 2009) permitindo ao investigador estabelecer relações entre a teoria e a prática propondo novas sugestões.

A escolha dos testes estatísticos depende em grande parte da função que as variáveis preenchem numa investigação, função que pode consistir em descrever (estudo descritivo) em examinar relações de associação. Qualquer que seja o estudo utiliza-se sempre estatística descritiva para descrever as características da amostra junto da qual foram colhidos os dados (Fortin, 2009).

1.1. Descrição das características sócio demográficas da amostra

Lembrando que a população-alvo deste estudo é constituída por idosos de 26 freguesias do concelho de Vila Nova de Famalicão, onde foi constituída uma amostra intencional não probabilística, num total de 2461 idosos com mais de 65 anos e deste será criada uma subamostra constituída pelos que têm mobilidade reduzida, 1298 idosos.

Tabela 1: Distribuição dos valores da amostra segundo o Sexo.

Sexo	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Masculino	376	29,0	29,0	29,0
Feminino	922	71,0	71,0	100,0
Total	1298	100,0	100,0	

A amostra é representada maioritariamente por mulheres, aproximadamente três quartos dos participantes.

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo a classe de Idades.

Classe de idades	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
65 a 69	462	35,6	35,6	35,6
70 a 79	522	40,2	40,2	75,8
80 a 89	283	21,8	21,8	97,6
90 a 99	31	2,4	2,4	100,0
Total	1298	100,0	100,0	

A classe de idades mais representada é dos 70 a 79 anos de idade com 40,2%. Segue-se a classe de idades dos 65 aos 69 anos de idade com 35,6%. Assim 75,8% tem menos de 80 anos, ou seja, três quartos dos participantes. A idade média dos idosos é de 73,91, numa variação de 65 a 99 anos de idade e com um desvio padrão de 7,4.

Tabela 3: Distribuição da amostra pelo estado civil.

Estado civil	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Solteiro(a)	352	27,1	27,1	27,1
Casado(a)	710	54,7	54,7	81,8
Separado(a)	16	1,2	1,2	83,1
Divorciado(a)	22	1,7	1,7	84,7
Viúvo(a)	198	15,3	15,3	100,0
Total	1298	100,0	100,0	

Relativamente ao estado civil constata-se que este grupo de idosos é predominantemente casado, representando 54,7% dos inquiridos, 27,1% dos idosos são solteiros e 15,3% são viúvos. Apenas uma pequena minoria é divorciada com 1,7% e/ou separada com 1,2%. Questionados sobre a idade dos conviventes, verificamos que 81,4% refere coabitar com um convivente com mais de 65 anos e 18% refere coabitar com dois. A média de idade destes é de 67,56 anos, com limite mínimo de 25 anos e máximo de 94 anos, e com um desvio padrão de 9,327.

Tabela 4: Distribuição dos valores da amostra em relação a “saber ler”.

Alfabetização Saber ler	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Sim	1150	88,6	88,6	88,6
Não	148	11,4	11,4	100,0
Total	1298	100,0	100,0	

Quanto ao alfabetismo, podemos verificar que 88,6% dos participantes sabe ler, o que facilita a leitura e compreensão da informação.

Tabela 5: Distribuição dos valores da amostra em relação a “saber escrever”.

Alfabetização Saber escrever	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Sim	1003	77,3	77,3	77,3
Não	295	22,7	22,7	100,0
Total	1298	100,0	100,0	

Verificamos que a capacidade da escrita é menor que a capacidade da leitura considerando que 77,3% consegue escrever.

Tabela 6: Distribuição dos valores da amostra segundo a escolaridade.

Escolaridade	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nenhuma	707	54,5	54,5	54,5
Ensino básico, 1º ciclo (4º ano antigo)	516	39,8	39,8	94,2
Ensino básico, 2º ciclo (6º ano antigo)	48	3,7	3,7	97,9
Ensino básico, 3º ciclo (9º ano antigo)	8	0,6	0,6	98,5
Ensino secundário, 12º ano (7º ano do liceu/propedêutico)	7	0,5	0,5	99,1
Ensino pós-secundário, curso de especialização tecnológica	4	0,3	0,3	99,4
Licenciatura	7	0,5	0,5	99,9
Mestrado	1	0,1	0,1	100,0
Total	1298	100,0	100,0	

A maioria dos inquiridos não possui nenhuma habilitação literária, 54,5%, seguindo-se de 39,8% para o 1º ciclo do ensino básico, o que nos aponta para algumas dificuldades na comunicação, leitura e escrita, mais de metade não tem escolaridade e mais de um quarto tem o 1ª ciclo.

Tabela 7: Distribuição da amostra segundo a fonte de rendimento.

Fontes de rendimento	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Trabalho	575	44,3	44,3	44,3
Reforma/pensão	718	55,3	55,3	99,6
Rendimento social de inserção	3	0,2	0,2	99,8
Outra	2	0,2	0,2	100,0
Total	1298	100,0	100,0	

A maioria (55,3%) dos idosos é reformado, ou seja, mais de metade da amostra, contudo 44,3% ainda têm rendimentos provenientes do trabalho.

Tabela 8: Distribuição da amostra segundo a profissão de referência.

Profissão	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	180	13,9	13,9	13,9
Profissões intelectuais e científicas	161	12,4	12,4	26,3
Pessoal administrativo e similares	374	28,8	28,8	55,1
Pessoal dos serviços e vendedores	32	2,5	2,5	57,6
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	102	7,9	7,9	65,4
Operários, artífices e trabalhadores similares	191	14,7	14,7	80,1
Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	44	3,4	3,4	83,5
Profissões não qualificadas	72	5,5	5,5	89,1
Doméstico(a)	140	10,8	10,8	99,8
Forças armadas	2	,2	,2	100,0
Total	1298	100,0	100,0	

A profissão mais representativa, 28,8% é composta por pessoas que são administrativos e similares, e muito próximo 13,9% relaciona-se com quadros superiores da administração pública, apenas 10,8% representam os idosos domésticos, podemos assim inferir que estes idosos têm por hábitos a proximidade ao mundo do trabalho.

Tabela 9: Distribuição do número de coabitantes com mais de 65 anos.

Nº de coabitantes com mais de 65 anos	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem a cumulativa(%)
1	1057	81,4	81,4	81,4
2	234	18,0	18,0	99,5
3	7	0,5	0,5	100,0
Total	1298	100,0	100,0	

A maioria dos idosos da amostra (81,4%) coabita com um idoso com mais de 65 anos e 18,0% coabita com dois, o que pode ser um fator de risco para os idosos.

Recordamos que a variável condições de saúde dos idosos, é composta pela percepção de saúde, IMC, doenças, sintomas/ manifestações, quedas e reação às quedas.

Tabela 10: Distribuição da amostra segundo a percepção do estado de saúde.

Percepção do estado de Saúde	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Muito Bom	471	36,3	38,0	38,0
Bom	442	34,1	35,7	73,7
Mau	290	22,3	23,4	97,2
Muito mau	35	2,7	2,8	100,0
Total	1238	95,4	100,0	
Omissos	60	4,6		
Total	1298	100,0		

Quando questionados como consideram o seu estado de saúde, mais de um terço 38,0% dos idosos da amostra consideram o seu estado de saúde muito bom, muito próximo 35,7% considera o seu estado de saúde bom, e 23,4% considera mau e apenas uma minoria com 2,8% considera muito mau, assim próximo de três quartos da amostra considera a sua saúde boa e muito boa.

Tabela 11: Distribuição da amostra segundo o Índice de Massa Corporal (IMC).

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Desnutrição	19	1,5	1,5	1,5
Risco de desnutrição	46	3,5	3,7	5,2
Eutrofia	145	11,2	11,7	16,9
Pré-obesidade	952	73,3	76,7	93,6
Obesidade	80	6,2	6,4	100,0
Total	1242	95,7	100,0	
Omissos	56	4,3		
Total	1298	100,0		

O Índice de Massa Corporal é manifestamente alto, mais de três quartos da amostra são pré-obesos (76,7%) e 11,7% está com Eutrofia, seguido de obesidade com 6,4%.

O quadro que se segue, descreve a distribuição das doenças/ patologias dos indivíduos da amostra, importante para na caracterização dos idosos em estudo.

Quadro 8: Distribuição das doenças/ patologias

Doenças/ Patologias	Sim	
	N	%
Doença cerebrovascular (AVC)	101	8,9
Doença cardiovascular (Enfarte, Trombose, HTA)	222	25,3
Doença neurológica (Parkinson)	110	13,2
Doença musculoesquelética e osteoarticular (Artrite)	381	37,0
Doença oncológica	99	12,2
Doença respiratória (DPOC, Asma, Bronquite)	161	16,2
Doença endócrina (Diabetes)	352	34,4
Doença do sistema nervoso (Alzheimer)	141	14,3
Doença Psiquiátrica (Depressão)	214	21,2
Não tem doença	123	17,3

Relativamente às doenças, verificamos mais de um terço (37,0%) dos idosos da amostra referem apresentar doença musculoesquelética e osteoarticular, valor próximo de 34,4% que referem ter doença endócrina (diabetes), 25,3% referem doença cardiovascular (Enfarte, trombose, HTA) e 21,2% doença psiquiátrica (depressão). Também se revela o facto que 17,3% dos indivíduos da amostra referiram não ter doença.

Quadro 9: Distribuição da representação dos Sintomas/ Manifestações

Sintomas/ Manifestações	Sim	
	N	%
Perda de urina	186	19,4
Sentimentos de tristeza persistente	245	23,8
Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia	259	31,3
Dor musculoesquelética e osteoarticular (artrite)	448	42,5
Dificuldade em andar	494	46,8
Desequilíbrios constantes	421	40,3
Diminuição da audição	450	42,2
Diminuição da visão	487	45,9
Outra	275	34,4
Não tem sintomas/ manifestações	104	15,7

A dor musculoesquelética e osteoarticular é um dos sintomas/ manifestações mais frequentes entre os indivíduos da amostra com 42,5%, mas quase metade dos idosos da amostra apresenta dificuldade em andar (46,8%). Também os desequilíbrios constantes são frequentes neste grupo com 40,3%. A diminuição da visão (45,9%) e da audição (42,2%) são problemas frequentes neste grupo em estudo.

Verifica-se que 19,4% dos idosos da amostra referem ter perdas de urina, 23,8% tem sentimento de tristeza persistente, cerca de um terço (31,3%) tem alterações de memória, 34,4% referem apresentar outros sintomas/manifestações e 15,7% refere não apresentar nenhum. Estes dados são indicativos para a elaboração do programa específico de intervenção.

Tabela 12: Distribuição da ocorrência de quedas nos últimos 6 meses.

Ocorrência de queda nos últimos 6 meses	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Nenhuma	663	51,1	60,9	60,9
Uma vez	331	25,5	30,4	91,3
Duas vezes	55	4,2	5,1	96,3
Três ou mais vezes	40	3,1	3,7	100,0
Total	1089	83,9	100,0	
Omissos	209	16,1		
Total	1298	100,0		

Verificamos que mais de metade dos idosos (60,9%) refere não ter caído nenhuma vez, no entanto, 30,4% refere que caiu uma vez, ou seja, mais de um quarto e 5,1% caiu duas vezes.

Tabela 13: Distribuição da capacidade de se levantar após a queda

Conseguiu levantar-se sozinho do chão	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Sim	106	8,2	49,1	49,1
Não	110	8,5	50,9	100,0
Total	216	16,6	100,0	
Omissos	1082	83,4		
Total	1298			

Dos indivíduos que apresentaram uma queda, metade (50,9%) não se conseguiu levantar sozinho do chão, mas com um valor próximo de 49,1% da amostra temos os idosos que se conseguiram levantar sozinhos, ou seja, a amostra divide-se em valores próximos entre os que conseguem levantar-se sozinhos e os que não se levantam, o que evidencia a necessidade em intervir nesta área.

1.2. Dependência dos idosos

A dependência será uma área a ter em conta no programa a desenhar, pelo que será apresentada de forma discriminada, cada uma das componentes.

Da análise da escala de lawton e Brody, resulta uma análise dos seus parâmetros, nomeadamente quanto à utilização do telefone, fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo de medicação e responsabilidade de assuntos financeiros.

Tabela 14: Distribuição da amostra em relação à utilização do telefone.

Utilização do telefone	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Utiliza o telefone por iniciativa própria.	664	51,2	52,2	52,2
É capaz de marcar bem alguns números familiares.	319	24,6	25,1	77,3
É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar	174	13,4	13,7	91,0
Não é capaz de usar o telefone.	115	8,9	9,0	100,0
Total	1272	98,0	100,0	
Omissos	26	2,0		
Total	1298	100,0		

O telefone é um instrumento que metade (52,2%) dos idosos utiliza por iniciativa própria, (25,1%) um quarto da amostra é capaz de marcar bem alguns números familiares. Salienta-se que apenas 9% não é capaz de usar o telefone, seguindo-se (13,7%) dos que não tendo capacidade para marcar os números são capazes de pedir para telefonar.

Tabela 15: Distribuição da amostra em relação a fazer compras.

Fazer compras	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Realiza todas as compras necessárias independentemente.	669	51,5	52,8	52,8
Realiza independentemente pequenas compras.	190	14,6	15,0	67,9
Necessita de ir acompanhado(a) para fazer qualquer compra.	177	13,6	14,0	81,8
É totalmente incapaz de comprar.	230	17,7	18,2	100,0
Total	1266	97,5	100,0	
Omissos	32	2,5		
Total	1298	100,0		

A capacidade de fazer todas as compras necessárias é expressa por mais de metade dos idosos (52,8%), 15,0% realiza independentemente pequenas compras, apenas 18,2% dos

idosos é totalmente incapaz de fazer compras e 14,0% necessita de ser acompanhado para qualquer compra.

Tabela 16: Distribuição da amostra em relação a preparar refeições.

Preparar refeições	Frequência (N)	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)	Porcentagem cumulativa (%)
Organiza, prepara e serve as refeições sozinho(a) e adequadamente	663	51,1	53,0	53,0
Prepara adequadamente as refeições se lhe fornecem os alimentos	194	14,9	15,5	68,5
Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada	65	5,0	5,2	73,6
Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.	232	17,9	18,5	92,2
Sem opinião	98	7,6	7,8	100,0
Total	1252	96,5	100,0	
Omissos	46	3,5		
Total	1298	100,0		

Mais de metade (53,0%) dos idosos têm capacidade para organizar, preparar e servir as refeições. No entanto, 18,5% necessita que lhe preparem e sirvam as refeições e 15,5% prepara adequadamente as refeições se lhe fornecem os alimentos.

Tabela 17: Distribuição da amostra para as tarefas domésticas

Tarefas domésticas	Frequência (N)	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)	Porcentagem cumulativa (%)
Mantém a casa sozinho(a) ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados).	600	46,2	47,4	47,4
Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama.	274	21,1	21,7	69,1
Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza.	146	11,2	11,5	80,6
Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas.	103	7,9	8,1	88,8
Não participa em nenhuma tarefa doméstica.	142	10,9	11,2	100,0
Total	1265	97,5	100,0	
Omissos	33	2,5		
Total	1298	100,0		

A capacidade em manter a sua casa arranjada é expressa em quase metade dos idosos (47,4%), próximo de um quarto (21,7%) realiza tarefas ligeiras (como lavar pratos e fazer a cama), apenas 11,5% realiza tarefas ligeiras, mas não pode aumentar para um nível adequado de limpeza e próximo 11,2% não participa em nenhuma tarefa doméstica. Há, contudo, 8,1% que necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas.

Tabela 18: Distribuição da amostra em relação à lavagem da roupa

Lavagem da roupa	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Lava sozinho(a) toda a sua roupa.	681	52,5	55,2	55,2
Lava sozinho(a) pequenas peças de roupa.	125	9,6	10,1	65,4
A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros.	296	22,8	24,0	89,4
Sem opinião	131	10,1	10,6	100,0
Total	1233	95,0	100,0	100,0
Omissos	65	5,0		
Total	1298	100,0		

Relembramos que a maioria dos participantes são mulheres. A capacidade para lavar sozinho a sua roupa é representada mais de metade (52,5%) dos idosos. Em 24,0% dos idosos a lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros.

Tabela 19: Distribuição da amostra em relação à utilização de meios de transporte.

Utilização de meios de transporte	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Viaja sozinho(a) em transporte público ou conduz o seu próprio carro.	614	47,3	48,8	48,8
É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte.	172	13,3	13,7	62,4
Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado(a).	81	6,2	6,4	68,9
Só utiliza o táxi ou o automóvel com a ajuda de terceiros.	198	15,3	15,7	84,6
Não viaja.	194	14,9	15,4	100,0
Total	1259	97,0	100,0	
Omissos	39	3,0		
Total	1298	100,0		

Relativamente à utilização de meios de transporte, quase metade (48,8%) viajam sozinhos (em transporte público ou conduz o próprio). Contudo, 15,7% só utiliza o táxi ou o automóvel com a ajuda de terceiros. E ainda é de notar que 15,4% dos idosos não faz viagens, o que determina uma diminuição da área de mobilidade.

Tabela 20: Distribuição da amostra em relação a manejo da medicação.

Manejo da medicação	Frequência (N)	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)	Porcentagem cumulativa (%)
É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas.	814	62,7	65,2	65,2
Toma a medicação se a dose é preparada previamente.	174	13,4	13,9	79,2
Não é capaz de tomar a sua medicação.	260	20,0	20,8	100,0
Total	1248	96,1	100,0	
Omissos	50	3,9		
Total	1298	100,0		

A tomada de medicação na hora e a na dose correta é referida por 65,2% dos idosos, apenas 20,8% não é capaz de tomar a sua medicação. É ainda de salientar que existem 13,9% de idosos que são capazes de tomar a medicação, se a dose for preparada previamente por outras pessoas.

Tabela 21: Distribuição da amostra segundo a responsabilidade de assuntos financeiros.

Responsabilidade de assuntos financeiros	Frequência (N)	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)	Porcentagem cumulativa (%)
Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho(a).	720	55,5	57,9	57,9
Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco.	206	15,9	16,6	74,4
Incapaz de manusear o dinheiro.	175	13,5	14,1	88,5
Sem opinião	143	11	11,5	95,2
Total	1244	95,8	100,0	100,0
Omissos	54	4,2		
Total	1298	100,0		

Relativamente à responsabilidade de assuntos financeiros, verificamos que mais de metade (57,9%) dos idosos, encarrega-se sozinho de assuntos financeiros, mas 16,6% realiza as compras diárias, necessitando de ajuda em grandes compras e no banco. É ainda de salientar que 14,1% é incapaz de manusear o dinheiro.

Farinatti (2008) defende que o aspeto instrumental se refere às atividades quotidianas determinadas por uma boa função cognitiva. Essas tarefas podem ser consideradas complexas, na medida em que exigem para a sua estruturação, além da autonomia física, uma certa capacidade de discriminação e julgamento.

Para compreender a dependência global de seguida apresentamos os valores do somatório pela dependência global.

Tabela 22: Distribuição dos valores da amostra segundo as Classes da Escala de Lawton e Brody.

Classes de Lawton	Frequência (N)	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)	Porcentagem cumulativa (%)
Independente	268	20,6	23,6	23,6
Moderadamente dependente, necessita de alguma ajuda	563	43,4	49,6	73,3
Severamente dependente	303	23,3	26,7	100,0
Total	1134	87,4	100,0	
Omissos	164	12,6		
Total	1298	100,0		

Relativamente ao Índice de Dependência global, verifica-se que quase metade (49,6%) dos idosos são moderadamente dependentes, pois necessitam de alguma ajuda. Mais de um quarto dos idosos (26,7%) apresenta-se com dependência severa.

Estes dados ajudarão a compreender que temos que desenvolver um programa para os idosos com dependência moderada e em especial severa para desenvolver em meio domiciliário.

1.3. Estilos de Vida

As variáveis estilo de vida foi estudada com recurso à escala de Nahas (2013) e recordamos que modificações no estilo de vida antes de uma idade mais avançada podem prevenir o idoso do isolamento social e da depressão associada (Guccione *et al.*, 2002). Para uma melhor compreensão são apresentados os dados de cada componente.

Quadro 10: Distribuição da amostra segundo a componente nutrição do perfil de estilo de vida.

	Não faz parte do meu estilo de vida		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro no meu comportamento		A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Faço 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço.	27	2,1	123	9,5	297	22,9	851	65,6
A minha alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças	600	46,2	198	15,3	235	18,1	265	20,4
Evito ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces	618	47,6	216	16,6	187	14,4	277	21,3

Quanto à componente nutrição do estilo de vida, verificamos que a maioria dos idosos (65,6%) faz no seu dia a dia 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno almoço. No entanto, verifica-se que quase metade destes idosos (47,6%) não tem como estilo de vida evitar ingerir alimentos gordurosos e doces, e 46,2% não tem o hábito saudável de incluir na sua alimentação diária pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças.

Quadro 11: Distribuição da amostra segundo a componente atividade física do perfil de estilo de vida

	Não faz parte do meu estilo de vida		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro no meu comportamento		A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No meu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança)	41	3,2	592	45,6	224	17,3	441	34,0
Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular	48	3,7	566	43,6	176	13,6	508	39,1
No meu dia-a-dia, caminho ou pedalo como meio de transporte e, preferencialmente, uso as escadas ao invés do elevador	52	4,0	831	64,0	173	13,3	242	18,6

Em relação à componente atividade física do estilo de vida, constata-se que mais de um terço dos indivíduos, tenta incluir no seu dia a dia, com 34,0% a prática de atividades físicas (exercícios, desporto ou dança) e 39,1% pratica menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular. A maioria destes idosos (64,0%), por vezes, inclui caminhada ou pedalar como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador.

Quadro 12: Distribuição da amostra segundo a componente comportamento preventivo do perfil de estilo de vida

	Não faz parte do meu estilo de vida		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro no meu comportamento		A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Conheço a minha tensão arterial, os meus níveis de colesterol e procuro controlá-los	56	4,3	473	36,4	176	13,6	593	45,7
Evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo)	51	3,9	460	35,4	180	13,9	607	46,8
Respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool	61	4,7	224	17,3	125	9,6	888	68,4

Verificamos quanto à componente preventiva, a maioria (68,4%) respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista) e quase metade (46,8%) evita fumar e

ingere álcool com moderação ou não bebe; 45,7% conhece a sua tensão arterial e procura controlar os níveis de colesterol.

Quadro 13: Distribuição da amostra segundo a componente comportamento relacional do perfil de estilo de vida

	Não faz parte do meu estilo de vida		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro no meu comportamento		A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos	47	3,6	289	22,3	178	13,7	784	60,4
No meu tempo livre procuro ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais	69	5,3	368	28,4	204	15,7	657	50,6
Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social	60	4,6	344	26,5	282	21,7	612	47,1

Quanto ao comportamento relacional, a maioria dos idosos da amostra (60,4%) procura cultivar amigos e está satisfeito com os seus relacionamentos, também a maioria com 50,6% procura ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais no seu tempo livre, e com o valor de 47,1% procuram ser ativos na comunidade e sentirem-se úteis no seu ambiente social.

Quadro 14: Distribuição da amostra segundo a componente controle do stress do perfil de estilo de vida

	Não faz parte do meu estilo de vida		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro no meu comportamento		A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Reservo tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar	68	5,2	500	38,5	224	17,3	506	39,0
Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado	67	5,2	385	29,7	316	24,3	530	40,8
Equilíbrio o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer	70	5,4	491	37,8	234	18,0	503	38,8

E finalmente, a componente controlo do *stress* 40,8% mantém uma discussão sem se alterar mesmo que contrariado; mais de um terço (39,0%) reserva tempo todos os dias para relaxar e 38,8% equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo de lazer.

Os resultados da escala do Perfil do Estilo de Vida advêm de um somatório de todos os itens, sendo que para cada componente a variação é de 0-3 pontos correspondendo o 0 a ausência do comportamento para um perfil de estilo de vida saudável, o 1 por vezes corresponde a um perfil de estilo de vida saudável, o 2 quase sempre e o 3 corresponde sempre a um perfil de vida saudável.

Transformando a variável estilos de vida para cada uma das componentes com um ponto de corte, onde consideramos 0 e 1 como negativo e 2 e 3 como positivos, apresentamos agora uma síntese da frequência do comportamento dos idosos nas componentes do estilo de vida numa perspectiva mais abrangente considerando assim o positivo e negativo.

Quadro 15: Instrumento do Perfil de Estilo de Vida no global relativo à amostra

Perfil de Estilo de Vida global	Positivo		Negativo	
	N	%	N	%
	635	48,9	663	51,1
Alimentar	751	57,9	547	42,1
Atividade Física	846	65,2	452	34,8
Comportamento preventivo	1134	87,4	164	12,6
Comportamento relacional	1091	84,1	207	15,9
Controle do stress	944	72,7	354	27,3

Considerando o global da escala de estilo de vida verifica-se assim, que mais de metade 51,1% dos idosos da amostra apresenta um perfil de estilo de vida negativo, o que nos dirige para uma necessidade de intervenção em Enfermagem no estilo de vida, se seguida analisam-se cada uma das componentes de forma mais específica.

Na maioria dos idosos (57,9%), o perfil do estilo de vida nutrição é positivo, no entanto é um estilo que ainda necessita de intervenção de enfermagem pelo peso do estilo de vida negativo (42,1%). A atividade física demonstra-se como um estilo de vida positivo em mais de metade da amostra (65,2%), os restantes idosos, embora menos, são muito mais de um quarto que necessitam de intervenção nesta área. Os comportamentos preventivos são os mais representativos dentro das componentes do estilo de vida, mais de três quartos da amostra (87,4%) tem um estilo de vida positivo nesta área.

Os idosos demonstram, em mais de três quartos (84,1%), um perfil de estilo de vida positivo para os aspetos relacionais o que facilita o desenvolvimento de atividade em grupo. O perfil Controlo do Stress aproxima-se de três quartos dos idosos (72,7%) apresentam um perfil positivo em controlo do stress.

Em síntese a maioria dos idosos (51,1%) tem um perfil global negativo, no entanto a distribuição para o perfil global positivo é próxima (48,9%).

1.4. Atividade Física Habitual

A Atividade Física foi avaliada pelo nível das atividades físicas habituais.

Quadro 16: Distribuição da atividade física habitual

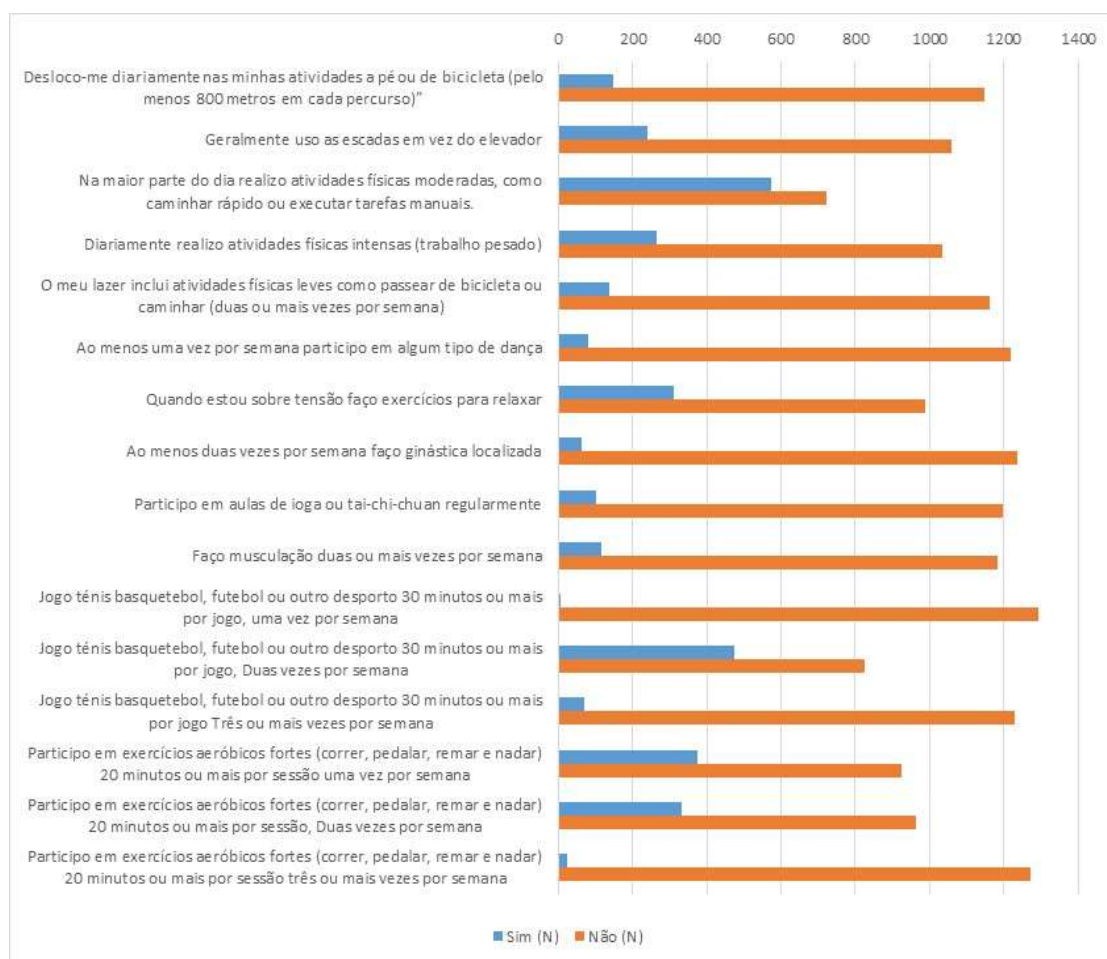
Atividade Física	Sim	
	N.º	%
Desloco-me diariamente nas minhas atividades a pé ou de bicicleta (pelo menos 800 metros em cada percurso).	149	11,5
Geralmente uso as escadas em vez do elevador.	240	18,5
Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais.	575	44,3
Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado).	263	20,3
O meu lazer inclui atividades físicas leves como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana).	137	10,6
Ao menos uma vez por semana participo em algum tipo de dança.	80	6,2
Quando estou sobre tensão faço exercícios para relaxar.	310	23,9
Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada.	61	4,7
Participo em aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente.	100	7,7
Faço musculação duas ou mais vezes por semana.	116	8,9
Jogo ténis basquetebol, futebol ou outro desporto 30 minutos ou mais por jogo, uma vez por semana.	5	0,4
Jogo ténis basquetebol, futebol ou outro desporto 30 minutos ou mais por jogo, Duas vezes por semana.	474	36,5
Jogo ténis basquetebol, futebol ou outro desporto 30 minutos ou mais por jogo Três ou mais vezes por semana.	68	5,2
Participo em exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20 minutos ou mais por sessão uma vez por semana.	373	28,7
Participo em exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20 minutos ou mais por sessão, Duas vezes por semana.	333	25,7
Participo em exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20 minutos ou mais por sessão três ou mais vezes por semana.	25	1,9

Verifica-se que quase metade dos idosos da amostra (44,3%) na maior parte do dia realiza atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais; mais de um terço (36,5%) joga ténis, basquetebol, futebol ou outro desporto 30 minutos ou mais por jogo, duas vezes por semana; e mais de um quarto (28,7%) participa em exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20 minutos ou mais por sessão, uma vez por semana e 25,7% duas vezes por semana.

Embora os indivíduos apresentem uma mobilidade reduzida, alguns praticam algumas atividades físicas.

Quanto às atividades físicas moderadas, na maior parte do dia, tais como, caminhar rápido ou realizar tarefas manuais com 44,3% dos Idosos e para jogar duas vezes por semana, 30 minutos ou mais, desportos como o ténis, basquetebol e futebol, com 36,5% dos idosos, o que demonstra necessidade real de intervenção nesta área.

Gráfico 1: Distribuição da atividade física habitual



Para compreensão da atividade física habitual recorremos, de acordo com Nahas (2013), ao somatório dos itens; recordamos que a classificação final varia de 0 a 21 ou mais pontos: de 0-5 pontos o indivíduo considera-se inativo, de 6-11 pontos considera-se pouco ativo, de 12-20 pontos é moderadamente ativo e de 21 ou mais pontos é muito ativo.

Tabela 23: Distribuição da amostra segundo a classe atividade física

Classe atividade	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Inativo	566	43,6	43,6	43,6
Pouco ativo	208	16,0	16,0	59,6
Moderadamente ativo	382	29,4	29,4	89,1
Muito ativo	142	10,9	10,9	100,0
Total	1298		100,0	

Analisado a atividade por classes verificamos que a inatividade é o comportamento mais frequente (43,6%) seguido de moderadamente ativos (29,4%), o que explica a oportunidade de desenvolver esta área no regime dos idosos.

1.5. Condições Nutricionais

Avaliado o peso e a altura o que levando ao IMC, dispomo-nos agora a analisar os aspetos relacionados com a alimentação.

Quadro 17: Distribuição da amostra pelo tipo de Alimentação

Alimentação Diária	Diariamente		3 a 6 vezes por semana		1 a 2 vezes por semana		3 vezes por mês	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Consumo três ou mais porções de frutas ou sumos de fruta natural.	233	18,0	858	66,1	178	13,7	29	2,2
Consumo folhas verdes cruas ou cozidas.	366	28,2	366	28,2	434	33,4	132	10,2
Consumo carnes vermelhas magras.	344	26,5	369	28,4	467	36,0	118	9,1
Consumo carnes vermelhas gordas.	32	2,5	152	11,7	621	47,8	493	38,0
Consumo peito de frango, peixes, peito de peru ou refeições (sem carne) com feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico ou soja.	223	17,2	477	36,7	502	38,7	96	7,4
Consumo de doces.	63	4,9	179	13,8	606	46,7	450	34,7
Consumo pelo menos um copo de leite, um copo de iogurte ou uma fatia de queijo.	500	38,5	348	26,8	343	26,4	107	8,2
Consumo pelo menos duas porções de vegetais crus, cozidos ou assados (exceto fritos).	219	16,9	295	22,7	486	37,4	298	23,0
Consumo refrigerantes.	346	26,7	153	11,8	416	32,0	383	29,5
Consumo pelo menos quatro porções de pães, cereais matinais (aveia, flocos de milho), massa, arroz.	256	19,7	806	62,1	219	16,9	17	1,3
Consumo mais calorias do que o meu corpo precisa.	372	28,7	230	17,7	453	34,9	243	18,7
Consumo fritos ou outros alimentos gordurosos.	299	23,0	232	17,9	505	38,9	262	20,2
Consumo folhas verdes escuras, cenoura, mamão, manga, abóbora.	187	14,4	281	21,6	595	45,8	235	18,1
Consumo alimentos integrais (arroz, outros cereais integrais, farelo de trigo, pão integral, massas integrais).	164	12,6	213	16,4	581	44,8	340	26,2
Consumo mais de duas colheres de sopa por dia de açúcar nas minhas bebidas (sumos, chá, leite ou café).	283	21,8	245	18,9	468	36,1	302	23,3
Consumo mais de três chávenas pequenas de café.	229	17,6	219	16,9	498	38,4	352	27,1
Consumo pelo menos três a quatro refeições por dia.	555	42,8	174	13,4	342	26,3	227	17,5
Consumo mais do que 120 g - um bife (mulheres) ou 180 g - um bife e meio (homens) de carne, frango, peru, peixe, etc.	205	15,8	247	19,0	595	45,8	251	19,3
Não tomo o café da manhã.	578	44,5	96	7,4	363	28,0	261	20,1
Consumo sanduíches em bares <i>fastfood</i> .	133	10,2	51	3,9	580	44,7	534	41,1

Verifica-se que quase metade dos idosos da amostra (44,5%) não tomam o café da manhã e mais de um quarto (28,7%) consome mais calorias do que o seu corpo necessita. No entanto, mais de um terço (38,5%) consome pelo menos um copo de leite, um copo de iogurte ou uma fatia de queijo e 42,8% consome pelo menos três a quatro refeições por dia.

Mais de metade dos idosos da amostra (66,1%) consomem três ou mais porções de frutas ou sumos de fruta natural, 3 a 6 vezes por semana, e também com esta frequência 62,1% consomem pelo menos quatro porções de pães, cereais matinais (aveia, flocos de milho), massa, arroz. Constata-se também que mais de um terço (36,7%) consome peito de frango, peixes, peito de peru ou refeições (sem carne) com feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico ou soja 3 a 6 vezes por semana. Quase metade (41,1%) consome sanduíches em bares *fast food* e 34,7% consome doces 3 vezes por mês.

Verifica-se que consomem 1 a 2 vezes por semana, quase metade dos idosos da amostra (47,8%) carnes vermelhas gordas; 46,7% doces; 45,8% mais do que 120 g - um bife (mulheres) ou 180 g - um bife e meio (homens) de carne, frango, peru, peixe; 44,7% sanduíches em bares *fast food* e 44,8% alimentos integrais (arroz, outros cereais integrais, farelo de trigo, pão integral, massas integrais. Mais de um terço (38,9%) consome fritos ou outros alimentos gordurosos e 38,4% mais de três chávenas pequenas de café; (36,8%) consome mais de duas colheres de sopa por dia de açúcar nas minhas bebidas (sumos, chá, leite ou café). No entanto, mais de um terço (36%) consome carnes vermelhas magras, 38,7% peito de frango, peixes, peito de peru ou refeições (sem carne) com feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico ou soja e 37,4% pelo menos duas porções de vegetais crus, cozidos ou assados (exceto fritos).

Tabela 24: Distribuição dos valores da amostra para a classe alimentar.

Classe alimentar	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem cumulativa (%)
Alimentação excelente	43	3,3	3,3	3,3
Está equilibrado mas pode melhorar	299	23,0	23,0	26,3
Presisa muito de melhorar	956	73,7	73,7	100,0
Total	1298	100,0	100,0	

Verifica-se que cerca de três quartos dos idosos da amostra (73,7%) precisam muito de melhorar a alimentação, menos de um quarto 23,0% apresenta a alimentação equilibrada, mas que pode melhorar. Este dado orienta-nos para uma intervenção nesta área.

1.6. Condições Sócio-psicológicas - Solidão

A solidão é muito frequente nos idosos, é provavelmente uma das condições persistentes de vida que aumenta os níveis de stress. A situação de solidão/isolamento, como de inexistência ou não funcionamento das redes sociais de apoio, com consequências de saúde física e psicológica dos indivíduos (Paúl, 1997). A análise desta variável ajudará a desenvolver o plano de intervenção para os idosos com esta percepção da solidão.

Quadro 18: Distribuição da amostra pela percepção da Solidão.

Solidão UCLA	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	39	3,5	92	8,3	327	29,5	649	58,6
Sinto falta de camaradagem.	181	14,9	302	24,9	359	29,6	370	30,5
Não há ninguém a quem possa recorrer.	273	22,6	285	23,6	279	23,1	371	30,7
Sinto que faço parte de um grupo de amigos (as).	258	21,7	276	23,2	410	34,5	246	20,7
Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	281	23,2	254	20,9	400	33,0	278	22,9
Já não sinto mais intimidade com ninguém.	218	18,8	287	24,8	331	28,6	323	27,9
Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	142	12,1	276	23,5	429	36,6	326	27,8
Sou uma pessoa voltada para fora.	287	25,5	327	29,0	367	32,6	145	12,9
Há pessoas a quem me sinto chegado.	155	13,3	255	21,9	379	32,5	378	32,4
Sinto-me excluído/a.	322	57,5	164	29,3	61	10,9	13	2,3
Ninguém me conhece realmente bem.	212	17,9	275	23,2	348	29,3	352	29,7
Sinto-me isolado/a dos outros.	634	53,4	310	26,1	207	17,4	35	2,9
consigo encontrar camaradagem quando quero.	242	20,6	290	24,7	397	33,8	243	20,7
Há pessoas que me compreendem realmente.	319	27,0	208	17,6	379	32,1	275	23,3
Sou infeliz por ser tão retraído/a.	285	24,8	274	23,8	331	28,8	260	22,6
As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.	211	18,0	330	28,2	335	28,6	295	25,2
Há pessoas com quem consigo falar.	326	27,7	215	18,3	302	25,7	302	25,7
Há pessoas a quem posso recorrer.	258	21,9	223	18,9	327	27,8	367	31,2

Verificamos que mais de metade dos idosos da amostra (58,6%) sente que está, muitas vezes, em sintonia com as pessoas que estão à sua volta, e 32,4% refere que há pessoas a quem se sentem chegadas.

Contudo, os valores baixam pouco mais de metade em relação a sentirem: falta de camaradagem (30,5%); não terem ninguém a quem recorrer (30,7%); não sentirem intimidade com ninguém (27,9%). Pouco mais de um quarto dos idosos (27,8%) refere que os seus interesses e ideias não são partilhados com aqueles que os rodeiam e ainda que ninguém os conhece realmente (29,7%).

Por último, os idosos, muitas vezes, sentem que as pessoas que estão à sua volta não estão com eles (25,5%) e também cerca de um quarto referem que, muitas vezes, há pessoas a quem podem recorrer.

Os idosos referem que sentem algumas vezes fazer parte de um grupo de amigos (34,5%) e que têm muito em comum com as pessoas que os rodeiam (33%), pelo que se verifica que algumas vezes as pessoas sentem-se voltadas para fora (32,6%), próximos ficam também o número de idosos que algumas vezes sentem que conseguem encontrar camaradagem quando querem (33,8%) e que há pessoas que os compreendem (32,1%). É ainda de salientar que 28,8% dos idosos sentem algumas vezes que são infelizes por serem tão retraídos. Com os dados, podemos verificar a necessidade de criar estratégias para ultrapassar o sentimento de solidão dos idosos.

Uma vez que a distribuição da amostra na globalidade não era normal, não se cumpriu um dos pressupostos indispensáveis para a sua utilização de testes de diferença ou associação paramétricos. Neste sentido, foram utilizados testes estatísticos de diferença ou associação não paramétricos para análise estatística inferencial. A estatística não paramétrica, em que a variável é nominal e ordinal é possível a comparação entre dois grupos.

O teste de Mann Whitney de amostras independentes, é um teste de diferenças não paramétrico que examina se há ou não diferenças entre grupos. Verifica-se que existe uma associação perfeita ($p < 0,000$) entre a atividade física habitual e a variável sexo dos idosos, as mulheres são em média mais ativas do que os homens. Constata-se também uma associação perfeita ($p < 0,000$) entre a alimentação e a variável sexo, em média os homens apresentam um padrão alimentar mais adequado.

Com a amostra em estudo é determinante a existência de mais mulheres, a maioria dos participantes tem mais de 70 anos, o maior grupo é casado e reformados, percecionam a sua saúde como positiva e são pré-obesos. A maioria não teve quedas, são moderadamente dependentes, têm um estilo de vida global negativo, mas com distribuição próxima do estilo de vida global positivo, e com uma grande representação dos inativos. Por último, a maioria precisa de melhorar a alimentação e estratégias para ultrapassar a solidão.

2. Contributos significativos para um programa de reabilitação

Para compreender melhor o produto dos resultados desta pesquisa, retomamos a pergunta de investigação: será que há condições determinantes para que os idosos que vivem no seu domicílio passem a maior parte do tempo sentados e quanto muito caminham distâncias curtas?

Segundo Fortin (2009), é importante para o investigador explicar e relacionar as novas descobertas com trabalhos já realizados e conhecidos nesta área em estudo. A discussão deve incidir nos resultados significativos para o investigador e nos resultados significativos diferentes dos previstos.

Constatamos que o grupo em estudo é predominantemente feminino, recordemos que a esperança de vida em Portugal é superior para as mulheres (DGS, 2006), além de que *“nos grupos etários com idades mais avançadas passam a predominar as mulheres, relativamente aos homens”* (INE, 2001 p. 12) e, neste estudo, a idade média é de 73,9 anos, e alguns participantes com 99 anos de idade.

Relativamente ao estado Civil, constata-se que este grupo de idosos é predominante casado (54,7%), como se evidencia no estudo de Gomes (2008, p. 145), *“que a generalidade dos idosos que recebe cuidados são casados”*. Também segundo PORDATA (2015), nos últimos anos a maioria da população portuguesa possui o estado civil casado.

Quanto ao alfabetismo da amostra, a maioria dos idosos (88,6%) consegue ler e 77,3% consegue escrever, contudo a maioria dos inquiridos não possui nenhuma habilitação literária, com uma percentagem de 54,5%, semelhante ao estudo de Gomes (2008, p. 145) e mais elevada em relação a PORDATA (2015) em que os indivíduos com mais de 65 anos, cerca de um em cada três (31,4%) não completaram qualquer nível de escolaridade. O nosso estudo apresentou um valor inferior em relação aos dados do INE (2011, p. 21) *“a população analfabeta era essencialmente idosa, 79% com mais de 65 anos”*.

Relativamente à fonte de rendimento, a maioria destes idosos são reformados com um total de 55,3%, valor superior ao da população portuguesa em 2011 *“a população reformada representava 32% do total da população em situação de inatividade”* (INE, 2011). No entanto, com um valor próximo temos 44,3% dos indivíduos que trabalham, tornando a amostra relativamente “equilibrada”, semelhante ao valor da população total portuguesa de acordo com INE (2011) *em 2011, 42% da população total encontrava-se empregada*.

Questionados sobre a idade dos conviventes verificamos que a maioria (81,4%) refere coabitar com um convivente com mais de 65 anos que poderá ser ou não o principal cuidador. O que vai de acordo com Sequeira (2010), que defende ser frequente idosos a viverem sós e as famílias constituídas por duas, três ou mais pessoas todas com mais de 65 anos, que poderão ser cuidadores.

Neste estudo, verificamos que 38,0% da amostra considera o seu estado de saúde “muito Bom” e muito próximo 35,7% considera “Bom”. Os idosos têm uma perceção

positiva em relação ao seu estado de saúde, o que é de realçar, pois permite a sua consciencialização do seu estado, no entanto essa percepção pode não ser a correta. Segundo um estudo realizado por Barros *et al.* (2013 p. 242) *“ao longo de um período de sete anos, constatou-se uma melhoria na auto percepção do estado de saúde da população idosa portuguesa, particularmente entre os idosos com 85 ou mais anos”*. De acordo com Fonseca *et al.* (2010) quando os idosos definem a sua saúde como boa, não se caracterizam com estar isentos de doenças, mas serem capazes de adquirirem estratégias para agirem sobre o meio envolvente.

Segundo estudo realizado por Wanderley e Diniz (2012) e após análise dos resultados, constata-se uma relação significativa, entre auto-percepção de saúde e atividade física, como tal, uma auto-percepção de saúde positiva reflete um maior nível de atividade física habitual. Os idosos da amostra apresentam uma auto-percepção de saúde positiva como o perfil de estilo de vida positivo para a atividade física, recordemos que *“é válido destacar a necessidade de desenvolvimento de diretrizes no que se refere ao processo de avaliação e ao desenvolvimento de intervenções que possam direcionar crianças, adultos e idosos para a diminuição do comportamento sedentário”* (Santos *et al.*, 2015, p. 171).

Relativamente ao IMC da nossa amostra, a maioria dos idosos está na categoria da pré-obesidade com 76,7%. De acordo com dados da DGS (2014 b.), foi encontrada uma elevada prevalência de obesidade (51,7%) na população idosa portuguesa. Segundo Genkai *et al.* (2015, p. 244), o *“Índice de Massa Corporal é utilizado para indicar o estado de nutrição. O IMC está associado com o prognóstico de vida, com a função cognitiva e com o estado nutricional em pessoas idosas”*. Para Yeom *et al.* (2015, p. 135), *“o aumento e a diminuição do índice de massa corporal relaciona-se com o risco do declínio do estado funcional”*.

Em relação às patologias mais frequentes da amostra evidencia-se a doença musculoesquelética e osteoarticular (37,0%), seguindo-se a doença endócrina (diabetes) com 34,4%, a doença cardiovascular (Enfarte, trombose, HTA) (25,3%). Barros *et al.* (2013) constataram que, ao longo de um período de sete anos, houve um aumento das prevalências de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e obesidade, o que vai de acordo com os dados da DGS (2015) que relevam a necessidade de uma atuação prioritária na redução progressiva destas patologias.

No estudo de Dunkler *et al.* (2016, p.38) está descrito que os estilos de vida saudáveis apresentam efeitos positivos na doença cardiovascular e diabetes. Para (Engelke e Schub, 2015), os idosos podem melhorar e/ou prevenir a maioria destas doenças com a adoção de estilos de vida saudáveis, como por exemplo, prevenindo o sedentarismo e o *stress*, e promovendo uma alimentação equilibrada.

Quanto aos sintomas/manifestações a *“dor musculoesquelética e osteoarticular”* é uma das mais frequentes entre os indivíduos da amostra com 42,5%, de acordo com o estudo de Edeer e Tuna (2012, p.22,23) em que a *“dor musculoesquelética crónica é a condição incapacitante mais comum, não-maligna, que afeta pelo menos uma em cada*

quatro pessoas idosas e está associada com as alterações degenerativas da osteoartrite”, podendo ser o caso dos idosos em estudo uma vez que é uma das principais patologias que padecem. Segundo Lillie *et al.* (2013), a busca sistemática da literatura sugere que a doença músculo-esquelética é um problema importante que pode ter um impacto significativo sobre a dor nos idosos. No nosso estudo, mais de um terço (37,0%) apresenta doença musculoesquelética e osteoarticular.

No que concerne aos sintomas/manifestações mais referidos pelos idosos, surge a diminuição da visão com 45,9%, seguindo-se a diminuição da audição com 42,2%, conforme o estudo de Engelke e Schub (2015), muitos indivíduos com mais de 65 anos têm doença crónica, nomeadamente alterações sensoriais. De um modo geral, estes achados são mais altos dos encontrados nos padrões portugueses, uma vez que segundo dados do INE (2012) as pessoas com 65 ou mais anos apresentam 19% dificuldade em ver, mesmo usando óculos ou lentes de contacto, e 15% tem dificuldade em ouvir. Para Borel e Alescio-Lutier (2014, p.95) os “efeitos da idade nos sistemas sensoriais interferem com a postura, o equilíbrio e marcha.

Neste estudo, verificamos que 46,8% apresentam dificuldade em andar e os desequilíbrios constantes surgem em 40,3% dos idosos. segundo dados do INE (2012) as pessoas com 65 ou mais anos apresentam como principal limitação o andar (27%). O andar faz parte da capacidade do indivíduo manter a sua funcionalidade e independência *“a habilidade para andar sem ajuda é fundamental para ter independência funcional. Os indivíduos que perdem a mobilidade têm maiores taxas de morbilidade, incapacidade e mortalidade”* (Pahor *et al.*, 2014, p. 2388).

No que respeita às condições de saúde dos idosos, também as quedas assumem relevância para alterações na mobilidade. Para Davis *et al.* (2015 p. 1635), as quedas *“são um síndrome geriátrico comum, cerca de 30% da comunidade de moradores pertencentes aos estudo, com idade superior a 65 apresentam uma ou mais quedas a cada ano, no entanto, nem todas as quedas podem levar a lesões”*, valor semelhante foi identificado neste estudo onde 30,4% refere que caiu uma vez.

As consequências das quedas têm um impacto negativo na mobilidade e na qualidade de vida dos idosos. Segundo Engelke e Schub (2015, p. 2), *“programas focados na prevenção das quedas no domicílio e intervenções para melhoria da segurança, exercício físico regular e treino de equilíbrio têm tido sucesso na redução das taxas de quedas e na melhoria da sua qualidade de vida”*.

Guccione *et al.* (2002), considera que poderá ser vantajoso a organização de programas educacionais de prevenção contra as quedas e sobre como atuar depois de uma queda, recordemos que neste estudo dos que caíram, 50,9%, não se conseguiu levantar sozinho do chão, pertinente para implementação no programa de Reabilitação, como por exemplo, numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

Para Nahas (2013), com a influência do envelhecimento a independência e a autonomia passam a ser associadas à competência nas tarefas da vida diária. O equilíbrio,

a força muscular e a mobilidade são importantes para a vida independente e prevenção de quedas. É de salientar que no presente estudo 30,4% caiu pelo menos uma vez.

Segundo o estudo realizado por Hauer *et al.* (2001), a incidência de quedas foi reduzida em 25% no grupo de intervenção, submetidos a exercícios resistidos para aumento da força, desempenho motor funcional e equilíbrio, em comparação com o grupo controle. Um treino progressivo de resistência e funcional progressiva, reduz as restrições comportamentais e emocionais relacionados com a queda dos idosos. Défices motores, falta de força e restrições emocionais são conhecidos como fatores de risco para as quedas. Idosos com histórias de múltiplas quedas têm um risco elevado de apresentar novas quedas. O treino melhora significativamente a força e equilíbrio, levando ao sucesso da reabilitação, pelo que com estes resultados encontrados podemos dizer que o programa de intervenção nestes idosos deve incidir no reforço destas áreas, tal como no estudo de Yamaguchi (2008).

Todas estas alterações características do envelhecimento associadas a fatores sociais influenciam a execução das AVD, nomeadamente as AIVD avaliadas neste estudo através da Escala de Lawton e Brody (1969). Segundo Farinatti (2008), esta escala é sensível ao progresso de terapias avaliados em programas de reabilitação motora, apresenta qualidade, consistência interna e validade de critério do instrumento. Os itens da escala revelam-se associados às medidas motoras e de cognição.

O fenómeno da dependência no idoso obriga os políticos a pensarem em medidas que promovam a investigação desta problemática em várias perspetivas, nomeadamente a nível da epidemiologia e da qualidade de vida, que inclui o envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido (Sequeira, 2010). No estudo realizado por Wanderley e Diniz (2012), observou-se uma maior prevalência de dependência nas AVD em idosos inativos.

Relativamente ao Índice de Dependência, verifica-se que 49,6% dos indivíduos da amostra são “moderadamente dependentes, necessitam de alguma ajuda”. Valores superiores são obtidos no estudo de Borges e Moreira (2009, p. 6), “*os idosos com idade entre 60 e 75 anos que nunca haviam praticado atividade física com regularidade apresentaram resultados de 71,43% de dependência parcial*”. No nosso estudo, 26,7% apresentam a categoria de “severamente dependentes”, podendo estar comprometida a sua autonomia e independência. No estudo de Borges e Moreira (2009, p. 6), encontramos valores inferiores “*14,29% são idosos dependentes totais na escala de Lawton (1969) que avalia as AIVD*”. O enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental para ajudar o idoso a recuperar a sua independência, avaliando-o e estabelecendo planos de intervenção adequados às suas necessidades.

Os resultados obtidos no estudo de Soares *et al.* (2013, p. 92) permitem concluir que “*nos homens e mulheres idosos estudados, os indicadores de desempenho cognitivo, os níveis de atividade física e a aptidão física podem estar interligados, de maneira seletiva*”. Este treino cognitivo é fundamental que faça parte do programa de reabilitação também dada sua importância na execução das AVD e AIVD. De acordo com dados da

amostra em estudo verifica-se um quarto (25,1%) é capaz de marcar apenas alguns números de telefone familiares e 13,7% são apenas capazes para pedirem para telefonar, 20,8% não é capaz de tomar a sua medicação e 18,5% necessita que lhe preparem e sirvam as refeições. Para Borel & A. (2013, p.95) o treino cognitivo possibilita trabalhar com os mecanismos cognitivos que são responsáveis na melhoria do equilíbrio corporal”.

Entre os fatores de risco modificáveis temos os estilos de vida e estratégias de intervenção focadas em fatores de risco modificáveis, através dos programas na comunidade.

Segundo Nahas (2013, p. 29), “*pesquisas têm demonstrado que uma nutrição adequada, controle do stress, atividades físicas moderadas e suporte social são fundamentais*”. É importante acentuar o positivo e eliminar o negativo. Políticas públicas e programas comunitários devem ser considerados na promoção de Estilos de Vida mais ativos em diferentes contextos.

Para Yeom *et al.* (2008), os fatores de risco estão relacionados com limitações da mobilidade, entre os quais a idade avançada, género feminino, baixo *status* económico, estado civil, comorbilidades e falta de motivação, fatores relacionados com o estilo de vida, como o sedentarismo e a obesidade, variáveis confirmadas no grupo em estudo onde 51,1% dos indivíduos da amostra apresenta um perfil de estilo de vida negativo.

Quanto à componente nutrição do Estilo de Vida, verificamos que a maioria dos idosos (65,6%) faz no seu dia a dia 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno almoço. No entanto, verifica-se que quase metade destes idosos (47,6%) não tem como estilo de vida evitar ingerir alimentos gordurosos e doces, e 46,2% não tem o hábito saudável de incluir na sua alimentação diária pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças.

A maioria dos idosos do nosso estudo com mobilidade reduzida apresenta um perfil alimentar positivo (57,9%), também no estudo de Silva *et al.* (2011), pode-se verificar no fator nutrição que a média geral alcança um *score* positivo. Embora que na primeira questão apresenta menor pontuação e nas duas seguintes que tratam da ingestão de alimentos gordurosos e refeições variadas, o grupo alcançou pontos positivos. No presente estudo apenas 23,7% tem alimentação equilibrada, mas pode melhorar.

Verifica-se também no nosso estudo que existe uma associação perfeita ($p < 0,000$) entre a alimentação e a variável sexo dos idosos, os homens apresentam em média um padrão alimentar mais equilibrado. De acordo com o estudo realizado por Malta *et al.* (2013), conclui-se também que os homens parecem alimentar-se melhor do que as mulheres, com melhores resultados no questionário de frequência alimentar.

No entanto, 42,1% apresenta um perfil de estilo de vida negativo para a alimentação o que evidencia a necessidade de intervenção nesta área. O que se assemelha ao estudo de Kobe *et al.* (2008), em que o grupo de idosos sedentários tem uma mediana que mostra que os bons hábitos alimentares apenas fazem parte do quotidiano às vezes.

Em relação à componente atividade física do estilo de vida, constata-se que mais de um terço dos indivíduos, tenta incluir a mesma no seu dia a dia, com 34,0% a prática de

atividades físicas (exercícios, desporto ou dança) e 39,1% pratica menos duas vezes por semana e realiza exercícios que envolvem força e alongamento muscular. A maioria destes idosos (64,0%), por vezes, inclui caminhada ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador. Mas, estas atividades não fazem parte do seu quotidiano como se assemelha ao estudo de Kobe *et al.* (2008), a atividade física no grupo sedentário não faz parte regularmente do seu quotidiano, enquanto o grupo que faz caminhadas tem a atividade física sempre presente nas suas vidas.

Analisado o estilo de vida face à atividade física verificamos que 45.60% dos idosos diz que por vezes no seu tempo livre pratica atividades físicas (exercícios, desporto ou dança) o que não está integrado num estilo de vida contínuo. Para Monteiro *et al.* (2016), os idosos incluídos no seu estudo não aproveitam as situações do quotidiano para a prática de atividades físicas, como tal justifica-se a implementação de programas de atividade física visando a adoção de estilos e hábitos de vida saudáveis nas tarefas de vida diária e em atividades de lazer.

No estudo de Silva *et al.* (2011), verificou-se que o grupo de idosos apresenta maior score na afirmativa que diz respeito à prática de exercícios físicos que envolvem força; menor score na afirmativa, que trata da caminhada ou andar de bicicleta como meio de transporte; e a afirmativa referente à atividade física moderada ou intensa, cinco dias na semana durante trinta minutos, revelando que o grupo não alcançou um score positivo, uma vez que 1,61 é a média geral do fator considerada regular.

No entanto, no nosso estudo, a atividade física demonstra-se como um estilo de vida positivo, em mais de metade (65,2%), embora os restantes idosos (34,8%) sejam muito mais de um quarto os quais passem a maior parte do tempo sentados e/ou caminham distâncias curtas, podendo ser necessário intervenção nesta área.

Em relação à classe atividade 43,6% dos indivíduos idosos é inativo e 29,4% moderadamente ativos, o que explica a oportunidade e necessidade de desenvolver esta área.

Quanto à componente preventiva, verificamos que a maioria (68,4%) respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista) e quase metade (46,8%) evita fumar e ingerir álcool com moderação ou não bebe; 45,7% conhece a sua tensão arterial, os níveis de colesterol e procura controlá-los. Enquanto no estudo de Kobe *et al.* (2008), o grupo ativo tem um comportamento preventivo melhor que o sedentário, apesar dos valores se aproximarem. No nosso estudo, 87,4% dos idosos apresenta um perfil de estilo de vida “preventivo” positivo que se assemelha ao valor obtido no estudo de Silva *et al.* (2011).

Da análise dos resultados verifica-se que a amostra apresenta 84,1% do perfil de estilo de vida “relacional” positivo. Também segundo Silva *et al.* (2011) “sobre o fator relacionamento social, constatou-se scores positivos para todas as afirmações e para a média geral”. Segundo os resultados obtidos no estudo de Kobe *et al.* (2008), o grupo ativo apresentou um perfil significativamente melhor que o sedentário, apesar de ambos

obterem uma mediana semelhante. Uma das razões poderá ser por os idosos ativos cultivarem melhor os seus relacionamentos sociais.

E, finalmente, quanto à componente controlo do *stress*, 40,8% mantém uma discussão sem se alterar mesmo que contrariado; mais de um terço (39,0%) reserva tempo todos os dias para relaxar e 38,8% equilibra o tempo dedicado ao trabalho ou com o tempo de lazer.

No perfil “controlo do stress” verifica-se que 72,7% dos idosos da amostra apresenta um perfil de estilo de vida positivo, também segundo o estudo de Silva *et al.* referente ao tempo para relaxar cinco minutos ao dia, apresentou *score* positivo, já a alternativa referente a manter a calma durante a discussão apresentou *score* regular e, por fim, a última alternativa, referente ao equilíbrio do tempo entre o trabalho e o lazer obteve *score* positivo.

Deste modo, a média geral desse fator (controlo de *stress*), apresentando assim resultado positivo. De acordo com o estudo realizado por Kobe *et al.* (2008), “os idosos que caminham possuem um índice de stress bem menor que os idosos sedentários, a atividade física é um importante fator na redução do stress”.

Os achados encontrados por Yeom *et al.* (2008, p. 135) sugerem que modificações nos *“fatores dos estilos de vida, como a obesidade, inatividade física podem ser estratégias para prevenir limitações da imobilidade nos idosos. A manutenção de estilos de vida saudáveis pode reduzir e prevenir a imobilidade do idoso”*. No nosso estudo, analisando a atividade física verifica-se que a inatividade física é o comportamento mais frequente (43,6%) e mais de três quartos são pré-obesos (76,7%). Quanto ao perfil de estilo de vida alimentar, verifica-se que necessita de intervenção, dado o seu peso do estilo de vida negativo (42,1%).

No nosso estudo, são mais de um quarto (34,8%) os idosos com perfil de estilo de vida atividade física negativo necessitando de intervenção nesta área. Segundo Yeom *et al.* (2008, p. 135), em relação aos estilos de vida sedentários e limitações da mobilidade, estudos demonstram os potenciais benefícios da atividade física na preservação da mobilidade dos idosos. Embora os idosos da nossa amostra apresentem mobilidade reduzida, verifica-se que cerca de 44,3% na maior parte do dia referem realizar atividades físicas moderadas.

Segundo Alabarse & Soares (2005), pesquisas têm mostrado que níveis moderados de atividade física podem reduzir o risco de diversas doenças, nomeadamente as cardiovasculares; no nosso estudo, um terço (25,3%) da nossa amostra em estudo refere apresentar doença cardiovascular. As alterações da flexibilidade durante o processo de envelhecimento estão relacionadas com alterações osteomusculares; no nosso estudo, os idosos apresentam mais de um terço (37,0%) doença músculo-esquelética. A maioria dos estudos mostram efeitos positivos da atividade física e/ou exercício sobre a flexibilidade (Alabarse & Soares, 2005).

Para Sequeira (2010), nas atividades a promover, há a destacar as práticas relacionadas com a atividade física moderada, pois a sua adoção tem impacto positivo nas respostas motoras, na força muscular, no bem-estar, na melhoria da funcionalidade em geral e convívio social. Segundo os dados do nosso estudo, verifica-se mais de um terço dos idosos da amostra são moderadamente ativos (29,4%) e quase metade dos idosos da amostra realiza atividades físicas moderadas 44,3%, embora apresentem mobilidade reduzida, o que explica a necessidade de desenvolver intervenção nesta área.

Segundo os resultados obtidos sobre a classe atividade verifica-se que 43,6% da amostra é inativa. Dado que, a maioria dos indivíduos da amostra são inativos, o que se relaciona com a mobilidade reduzida, em que passam a maior parte do tempo sentados ou quanto muito caminham distâncias curtas, estes correm risco de se tornarem imóveis e totalmente dependentes. De acordo com o estudo realizado por Wanderley & Diniz (2012) observou-se uma maior prevalência de dependência nas Atividades de Vida Diárias em idosos inativos.

Neto (2005) defende que o exercício físico faz parte de uma ação preventiva primária, a ausência de uma prática regular de exercícios está relacionada a um estado de incapacidade, por outro lado, Vries *et al.* (2011, p. 136) descrevem na sua meta-análise que a *“terapia de exercício físico tem um efeito positivo sobre a mobilidade e aptidão física”*. A manutenção da mobilidade em pessoas idosas tornou-se um objetivo principal nos serviços de saúde, em idosos, os programas de exercícios reduzem significativamente o risco de queda e morte, exercícios com multi-componentes intensivos e duradouras são mais eficazes. (Hasselmann *et al.*, 2015).

A importância da atividade física para idosos é vista como um importante mecanismo de prevenção, promoção e educação em saúde. Porém, desenvolver ações de promoção de saúde para idosos é tarefa complexa, que exige dos profissionais habilidades e competências que vão além da atividade física propriamente dita. Identificar e classificar as necessidades de saúde da população idosa é fundamental para os profissionais de saúde que trabalham com idosos (Oliveira *et al.*, 2016, p. 555). O Enfermeiro de reabilitação tem como unidade de competência *“promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, sensibilizando a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4).

Segundo pesquisas realizadas por Yeom *et al.* (2008) as diferenças de género demonstram que as mulheres têm maiores limitações na mobilidade que os homens, o que pode ser explicada por taxas de mortalidade mais baixas para as mulheres, contudo, estes dados não se assemelham aos obtidos no nosso estudo, uma vez que após aplicação do teste de Mann-Whitney, verifica-se que existe uma associação perfeita ($p < 0.000$) entre a categoria “sexo” dos idosos e a atividade física. As mulheres são mais ativas do que os homens.

Em relação à classe alimentar dos idosos da amostra e após análise da tabela verifica-se que estes idosos se situam na Classe “precisa muito de melhorar” com 73,7% e apenas

23,7% está “equilibrado mas pode melhorar”. Segundo Ramos et al. (2005), muitos idosos encontram dificuldade em manter um consumo alimentar adequado por causa de alterações decorrentes do envelhecimento (DGS, 2014). De acordo com o estudo realizado por Afonso (2011), a alimentação saudável era definida como tendo “menos gordura” (37%), “mais hortícolas e frutas frescas” (34%). De salientar, no entanto, que 86% dos idosos europeus acreditavam não precisar de mudar seus hábitos alimentares, pois já comia de forma saudável.

Para Engelke e Schub (2015), os idosos podem melhorar e/ou prevenir as várias patologias que surgem com o envelhecimento através da adoção de estilos de vida saudáveis, como a promoção de uma alimentação equilibrada. De acordo com a meta-análise realizada por Wang X et al. (2014, p.1) *“um aumento do consumo de fruta e vegetais está associada com um risco mais baixo de todas as causas de mortalidade, particularmente a mortalidade cardiovascular”*, os idosos deste estudo referem que em 66,1% consomem 3 a 6 vezes por semana três ou mais porções de fruta.

Segundo Yeom et al. (2008, p.1 35), *“a prevenção para melhorar o status nutricional dos idosos, prevenindo a desnutrição e a obesidade, podem beneficiar em prevenir limitações da imobilidade, a maioria dos idosos deste estudo (76,7%) são pré-obesos e 57,9%, tem um estilo de vida alimentar negativo”*.

Fatores interpessoais, tais como, *“relações sociais e contextos de cuidados podem estar associados a limitações na mobilidade dos idosos. Amplas relações sociais estão relacionadas com a redução do risco de limitações da mobilidade”* (Yeom et al., 2008, p. 136). O que não acontece com os idosos do nosso estudo, 30,5% refere sentir falta de camaradagem e 30,7% refere não sentir intimidade com ninguém e 28,8% referem que algumas vezes são infelizes por serem retraídos.

Segundo Paúl (1997), a solidão é uma condição emocional, inerente à disposição biológica do homem, que faz com que haja uma proximidade dos outros para evitar o isolamento, aumentando o sentimento de segurança e identidade pessoal. Como fatores demográficos temos uma maior esperança de vida; maior sobrevivência no grupo de pessoas com mais de 75 anos; mulheres vivem mais tempo que os homens e mais idosos vivem sozinhos.

Para Engelke e Schub (2015, p. 2), os *“idosos são muitas vezes considerados como solitários, dependentes e deprimidos, no entanto a maioria dos indivíduos com 65 ou mais anos são independentes, mantêm os seus contactos com a família e estão adaptados às mudanças que a idade traz”*, 58,6% dos idosos da amostra refere estar muitas vezes em sintonia com as pessoas à sua volta, 20,7% sente-se a fazer parte de um grupo de amigos, 32,4% refere ter pessoas a quem se sente chegado e 31,2% referem ter pessoas com quem conseguem falar e recorrer.

É também de salientar que 28,8% sentem-se algumas vezes infelizes por serem tão retraídos, como tal há necessidade de criar estratégias para ultrapassar o sentimento de solidão dos idosos. Rosso et al. (2013) indica que as limitações de mobilidade estão

associadas com o engajamento social reduzido. Segundos dados do nosso estudo, 27,8% refere que os seus interesses e ideias não são partilhados, 29,7% que ninguém os conhece e 25,5% que as pessoas que estão à sua volta não estão com eles. De acordo com o estudo realizado por Rodrigues (2013), verificou-se que é em idades mais avançadas (idosos mais velhos) que a solidão é mais comum.

Entre os fatores determinantes de saúde temos os distúrbios do equilíbrio corporal, marcha ou imobilidade e de quedas, 46,8% dos idosos do estudo apresentam dificuldade em andar, 40,3% desequilíbrios constantes e 30,4% apresentou pelo menos uma queda dos quais 50,9% não conseguiu levantar-se sozinho.

Em sentido geral, após análise verifica-se que existem vários determinantes responsáveis pela mobilidade reduzida dos idosos.

Neste capítulo, procedeu-se à análise dos achados com a evidência existente, a maioria dos estudos evidenciam a importância da atividade física para manter e/ou aumentar a força muscular, flexibilidade e equilíbrio do idoso, de forma que seja possível manter a sua independência e autonomia. Com a adoção de estilos de vida saudáveis/ou positivos da população idosa, nomeadamente em relação à atividade física e alimentação, é possível prevenir e/ou diminuir doenças que poderão afetar esta faixa etária.

3. Confronto do estado de arte com uma nova proposta

O enfermeiro de reabilitação pode ter um papel crucial sobre o envelhecimento funcional, atuando em congregação com outros profissionais de saúde na preservação e promoção da saúde, passando pela promoção de programas de reabilitação. O enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação *“concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

Inspirado no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, a conceção de um programa de reabilitação deve passar por alguns objetivos, tais como: promover um envelhecimento ativo, abordar situações mais frequentes de dependência e promover um ambiente capacitador para o idoso e cuidador (DGS, 2006).

Programas focados na prevenção das quedas no domicílio e intervenções para melhoria da segurança, exercício físico regular e treino de equilíbrio têm tido sucesso na redução das taxas de quedas e na melhoria da sua qualidade de vida de acordo com Engelke e Schub (2015). Um programa aplicado no domicílio subjacente às capacidades físicas pode reduzir a progressão do declínio funcional em pessoas idosas que vivem em casa. (Thomas et al., 2002).

Também a reabilitação cognitiva visa capacitar o idoso e os familiares a conviverem e a superarem as suas deficiências cognitivas melhorando estas funções através de treinos, sendo importante realizar testes de avaliação da função cognitiva do idoso (Chariglione e Janczura, 2013).

Para Apóstolo *et al.* (2015) a família do idoso deve estar incluída no processo de reabilitação estimulando-a nas suas várias dimensões com vista à obtenção do seu máximo potencial. Situação que permitirá ao cuidador ficar capacitado e ter oportunidade de treinar com o seu familiar dependente.

Segundo estudo realizado por Silva (2016), que pretendia demonstrar a efetividade de um programa com planos estruturados e individualizados adequados à condição funcional da pessoa, através da melhoria da capacidade funcional e social dos utentes idosos abrangidos pelo mesmo, evidenciou-se uma evolução funcional em todas as pessoas incluídas no plano.

De acordo com o estudo realizado por Kono, Ayumi, et al. (2012) os resultados sugerem que um programa de visitas domiciliárias com o intuito preventivo pode ser ineficaz no estado funcional e psicossocial entre os idosos, contudo pode melhorar significativamente as AVD, AIVD e a depressão nos idosos com dependência nas Atividades de Vida Diária. Segundo outro estudo realizado KONO, Ayumi, et al. (2013), resultados sugerem que este tipo programa pode reduzir os custos mensais de cuidados de saúde, principalmente pela redução dos custos de hospitalização.

A criação de um programa de Reabilitação surgiu pela necessidade de formalizar as intervenções do enfermeiro de reabilitação no domicílio. A UCC inclui equipas de Cuidados Continuados Integrados que prestam cuidados de Enfermagem domiciliários, nomeadamente de Reabilitação.

Figura 1: programa de reabilitação no domicílio “manter o corpo ativo”.



A implementação do programa de intervenção deverá decorrer maioritariamente no domicílio onde os cuidados ao idoso são prestados, de forma a facilitar a adesão por parte do familiar e/ou cuidador, pois poderão apresentar falta de disponibilidade e dificuldade em encontrar alguém que o substitua, e ainda porque muitos idosos vivem sozinhos com outros idosos.

A referenciação para ingresso no programa será realizada pela equipa de saúde familiar. Além de equipa referenciadora esta constitui um parceiro fundamental na vigilância e controlo do estado do idoso, nomeadamente em relação às suas doenças crónicas. É importante a inclusão desta equipa no programa também para continuidade e monitorização da mobilidade do idoso mesmo após o término do mesmo.

Guccione *et al.* (2002) valoriza a avaliação inicial do idoso pela sua avaliação funcional útil para a compreensão da pessoa idosa e dos cuidados a prestar, esta avaliação pode ser realizada na entrevista inicial, durante uma avaliação intermédia e final do programa de reabilitação implementado.

Para iniciar um programa de reabilitação, é necessário avaliar a condição geral de saúde do idoso (Nahas, 2013), possível de ser realizada numa primeira consulta. A avaliação dos sinais vitais, dos dados antropométricos e a aplicação de escalas tais como: Barthel, índice de Lawton e Brody, APGAR, Perfil de estilos de vida, atividade física e solidão (UCLA), avaliação da força muscular, equilíbrio, marcha e risco de quedas, são fundamentais para uma intervenção adequada às necessidades do idoso.

Figura 2: primeira consulta de avaliação do idoso.

1ª Consulta de avaliação do idoso	Consultar o processo e preparar a entrevista;
	Promover um ambiente adequado, bem iluminado e com poucos ruídos;
	Cumprimentar o utente e/ou família, e indagar sobre a motivação para participar;
	Estabelecer uma boa comunicação, tendo em conta os défices sensoriais do idoso;
	Questionar os familiares e/ou cuidadores;
	Identificar atividades de acordo com a preferência do utente;
	Falar sobre o exame físico, exercícios e identificar necessidades;
	Aplicar escalas, como a escala de Barthel, Lawton e Brody, Perfil de Estilos de Vida, avaliação do risco de queda, da força muscular, do equilíbrio, da marcha e solidão.
	Completar a história clínica de enfermagem.

Durante a entrevista com o idoso, é importante que o enfermeiro de reabilitação se apresente, para o idoso se sentir à vontade, comunicar adequadamente e indagar a sua motivação para prática de exercício e participação no programa de reabilitação. Também é importante ter em conta que fatores económicos, dores, cansaço, perda de tempo, tendência de permanecer sedentário, educação, experiência e apoios podem influenciar a motivação.

Na primeira consulta, é importante complementar a história clínica de enfermagem com identificação da capacidade que o idoso tem ou não para tomar decisões. É também fundamental identificar condições de violência e/ou de isolamento, o estado cognitivo do

idoso, défices sensoriais, determinantes de saúde, apoio social, recursos da comunidade e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. É relevante identificar o tipo de atividades preferidas do idoso e ajudá-lo a escolher as atividades que mais se adequam, organizando, negociando e orientando um plano em individual e/ou em grupo.

Através da entrevista e da observação direta realizada ao idoso é possível efetuar a avaliação funcional do idoso alvo de intervenção por meio de instrumentos simples e validados. Esta avaliação inclui a saúde física do idoso, história de saúde, condições de doença, diagnósticos médicos, medicamentos, incapacidades, imobilidades, recorrências ao serviço de saúde, bem como o histórico de doenças e quedas. A avaliação do autocuidado reflete se o idoso é capaz de cuidar de si próprio relacionando-se com a capacidade de executar AVD e AIVD.

A avaliação psicológica inclui o funcionamento cognitivo, como a orientação, memória, concentração e julgamento. O funcionamento afetivo, envolve a depressão e a solidão, descreve os sentimentos emocionais. A avaliação social inclui a frequência e os contactos sociais, a quantidade e os tipos de apoio, pois quando adequados ajudam o idoso a ter maior apoio emocional e diminuir o *stress*, temos as redes de apoio como os amigos, família e instituições (Roach, 2003).

Autores como Ramos *et al.* (2005) referem que a avaliação deve ser multidimensional, englobando, a história clínica e medicamentos em uso, autonomia, independência, cognição, humor, estado nutricional, marcha, ambiente, equilíbrio e qualidade de vida. A obtenção destes dados ajuda a direccionar a seleção das intervenções necessárias e orientar o encaminhamento.

Guccione *et al.* (2002) valoriza a avaliação inicial do idoso pela sua avaliação funcional útil para a compreensão da pessoa idosa e dos cuidados a prestar. Se um idoso apresenta défices funcionais, esses dados determinam os objetivos gerais da reabilitação que servem como indicadores do progresso da terapia e validam o sucesso da intervenção.

O Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação *“concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para redução do risco de alteração da funcionalidade. Este profissional discute as alterações das funções com a pessoa e ou cuidador e define com ela estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e qualidade de vida”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

Um programa básico de treino de exercícios necessita de uma avaliação inicial, os tipos de exercícios, atividades e estratégias. Indivíduos idosos devem ser observados antes de iniciar a prática de exercícios regulares, sendo também importante o apoio médico (Ramos *et al.*, 2005). O programa de reabilitação deve incluir sessões de educação para a saúde que preparam o idoso e a família para a sua participação ativa e melhoram a sua intervenção.

Figura 3: Intervenções do enfermeiro de reabilitação nas sessões de educação para a saúde do programa “manter o corpo ativo”, no domicílio.



O enfermeiro de reabilitação deve procurar organizar e desenvolver as sessões de educação para a saúde com reuniões sobre várias temáticas sobre o envelhecimento e adoção de estilos de vida saudáveis evidenciando a alimentação equilibrada e a prática de exercício incluindo sessões de mobilidade, sendo crucial o registo das mesmas. Sempre que oportuno podemos criar grupos afim de desenvolver as mesmas sessões na UCC.

As sessões devem apresentar um ambiente acolhedor, segundo Cordeiro (2005), o enfermeiro deverá construir um ambiente terapêutico, que educa o idoso e a família para a compreensão de todo um programa de reabilitação e criar estratégias para aumentar a adesão. Os idosos e os profissionais podem trocar informações sobre as próprias experiências, proporcionando melhor percepção de saúde física e mental no contexto em que está inserido.

A educação pode trazer muitos benefícios, incluindo a melhoria dos sintomas ou em relação à aprendizagem de programas de exercícios, que podem interferir no seu estilo de vida e consequente na diminuição de custos para a saúde pública (Guccione *et al.*, 2002).

Quadro 19: Temas das sessões de educação para a saúde

Temáticas	Conteúdos	Estratégias	Número de sessões	Duração das sessões
Envelhecimento	- Características do envelhecimento; - Alterações do idoso relacionadas com o envelhecimento; - Implicações e estratégias.	Expositivo	1	45min.
Prevenção de Quedas	Fatores intrínsecos e extrínsecos de quedas dos idosos; - Intervenções para a prevenção de quedas; - Procedimento em caso de queda.	Expositivo	1	45 min.
Promoção da autonomia do idoso	- Autocuidado relacionado com as AVD e AIVD; - Postura corporal; - Técnicas de conservação de energia; - Recursos na comunidade.	Simulação	2	60 min.
Gestão do regime medicamentoso	- Riscos associados ao regime medicamentoso inadequado; - Estratégias facilitadoras.	Expositivo	1	45 min.
Estilos de vida saudáveis	- Alimentação; - Atividade física; - Comportamento preventivo; - Comportamento relacional; - Controlo de stress.	Expositivo	3	45 min.
Solidão	- Solidão e isolamento do idoso; - Estratégias facilitadoras.	Expositivo e dinamizar interação com família e/ou cuidador	1	45 min.

Os programas de reabilitação para idosos deverão incluir “sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação” concebidas e a implementadas pelo enfermeiro de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4), que se caracterizam neste programa proposto “manter o corpo ativo” com sessões de mobilidade.

A prescrição de exercícios é complexa, dado que todos os indivíduos são diferentes e respondem de forma diferente em diferentes contextos (Nahas, 2013). A prescrição de

atividade física a idosos visando a prevenção da incapacidade deve conter exercícios para o aumento da massa muscular, exercícios de resistência, bem como exercícios aeróbicos (Neto, 2005). Prescrever exercícios para os idosos deve ter em conta a frequência e os fatores que podem limitar a atividade e é importante idealizar um programa que seja adequadamente vigoroso, seguro, agradável, realista e tolerável (Guccione *et al.*, 2002).

O Enfermeiro de Reabilitação deve avaliar o idoso e quando possível, se o idoso apresentar condições para se deslocar, encaminhar para outras atividades existentes na comunidade, como ginásios e piscinas.

As sessões de mobilidade individuais são realizadas pelo Enfermeiro de Reabilitação e estão direcionadas para o meio domiciliário, propomos três vezes por semana e 50 minutos por sessão proporcionando mobilidade aos idosos que não têm condições para se deslocarem ao ginásio/sala da UCC.

Quadro 20: Intervenções do enfermeiro de reabilitação nas sessões de mobilidade do programa “manter o corpo ativo”.

Momento	Temas	Particularidades
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos e apresentação; - Adequação do ambiente. 	Explicar os objetivos da sessão.
Avaliação inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar TA; - Monitorizar frequência cardíaca; - Monitorizar saturação de oxigénio; - Aplicação de escalas (Barthel, Lawton e Brody, APGAR, Perfil de Estilos de Vida, risco de queda, avaliação de força muscular, equilíbrio e marcha). 	Registo.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios músculo-articulares dos membros superiores e inferiores (5-10 repetições); - Alongamentos; - Exercícios isotónicos; - Exercícios respiratórios; - Correção de postura; - Exercícios perineais; - Exercícios de equilíbrio; - Exercícios de resistência; - Treino de marcha; - Treino de autocuidado vestir e despir, transferências, levantar-se e sentar-se, mobilidade, alimentar-se e outros a treinar mediante necessidade do idoso; - Treino cognitivo. 	Os exercícios são introduzidos de acordo com a condição do idoso, distribuídos em cada sessão, não sendo repetidos.
Avaliação final	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar TA; - Monitorizar frequência cardíaca; - Monitorizar saturação de oxigénio; - Aplicação de escalas (Barthel, Lawton e Brody, APGAR, Perfil de Estilos de Vida, risco de queda, avaliação de força muscular, equilíbrio e marcha). - Avaliar a satisfação dos participantes. 	Registo.

O enfermeiro de Reabilitação utiliza como unidade de competência *“a elaboração e implementação de um programa de treino das Atividades de Vida Diárias visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida. O Enfermeiro ensina a pessoa e/ou cuidador com técnicas específicas de autocuidado utilizando produtos de apoio, ensinando e supervisionando a sua utilização, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4).

A nível da alimentação é importante verificar alterações da deglutição, realizar treino da deglutição especialmente em utentes com disfagia; trabalhar a autonomia do idoso nos cuidados de higiene, nomeadamente, no tomar banho e higiene pessoal. Treinar o vestir e despir incluindo calçar e remover sapatos, manter e promover a mobilidade através da marcha, equilíbrio, resistência muscular e flexibilidade. Ensinar instruir e treinar transferências, a capacidade de usar sanitário, subir e descer escadas com o idoso. Treinos perineais e exercícios pélvicos também poderão ser necessários para trabalhar a incontinência. Também é fundamental, orientar, explicar e treinar a utilização de produtos de apoio e ajudas técnicas.

As Atividades Instrumentais também devem ser incluídas no programa de reabilitação, nomeadamente através dos treinos das Atividades básicas de Vida Diária, não esquecendo a reabilitação cognitiva. Poder-se-á realizar ensinos, instrução e treinos sobre a utilização do telefone e se necessário orientar para a aquisição e utilização de telefones adaptados. O trabalho da ergonomia e de posturas corporais através de exercícios musculo-articulares que melhorem a resistência muscular, o equilíbrio, e a flexibilidade poderão facilitar algumas atividades instrumentais diárias, tais como: fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa e a utilização de meios de transporte.

Com o objetivo de prevenir e ou evitar sequelas de queda, é importante que o programa de reabilitação inclua sessões de educação para a saúde sobre a prevenção de quedas e a capacitação do idoso para se proteger aquando a queda e para se levantar após a mesma. As cargas devem ser adequadas às condições físicas do utente, exercícios mais suaves são mais adequados às pessoas debilitadas, mantendo-se repetições na faixa de oito a doze (Santarém *in* Jacob *et al.*, 2008).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação apresenta como competência específica *“maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. Ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4), que passam pela unidade de competência de conceber e implementar programas de treino motor e cardiorrespiratório, possuindo conhecimento aprofundado nestas áreas.

Os resultados do estudo Apóstolo *et al.* (2015, p. 24) apontam para *“um efeito positivo da estimulação cognitiva na função cognitiva de idosos”* através de um programa estruturado de estímulo cognitivo e *“devem ser incluídos nos cuidados de saúde”*. Para Borel e Alescio-Lutier (2014, p. 95), os *“efeitos da idade nos sistemas sensoriais interferem com a postura, o equilíbrio e marcha. O treino cognitivo possibilita trabalhar*

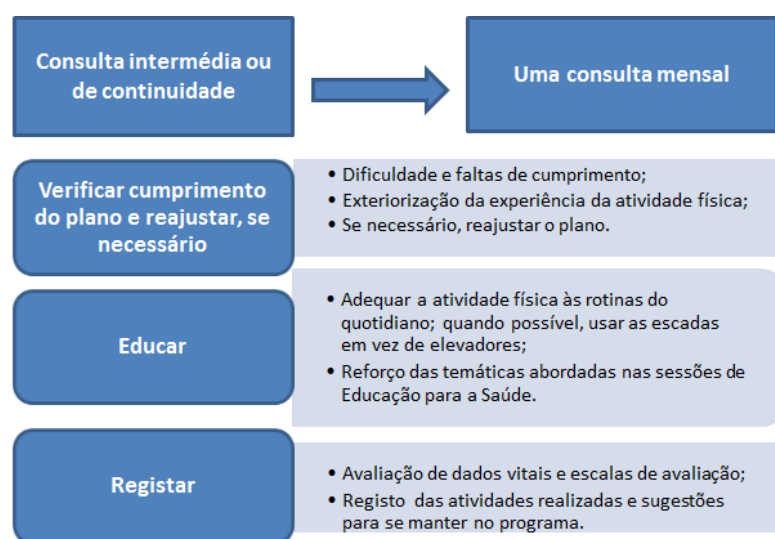
com os mecanismos cognitivos que são responsáveis na melhoria do equilíbrio corporal”. Programas personalizados de reabilitação cognitiva modelados em programas de reabilitação sensório-motores podem ter benefícios no equilíbrio postural, melhorando a sua qualidade de vida.

Uma das formas de treino cognitivo dos idosos são os jogos que estimulam as funções cognitivas, nomeadamente a memória, a atenção, a concentração, a coordenação, a percepção, o raciocínio, a imaginação, a linguagem, capacidade viso espacial e associação de ideias (Castro, 2011).

A estimulação cognitiva também é fundamental nestes programas de reabilitação para estimular a gestão da medicação, a responsabilidade em assuntos financeiros e a participação social. Atividades recreativas e de lazer estimulam a cognição, memória e a interação social, diminuindo a tristeza e a solidão.

Posteriormente, é necessário um registo e controlo das atividades, sendo importante uma avaliação intermédia, visando uma avaliação periódica, a validação da continuidade do plano proposto e reajustamento do plano conforme a necessidade, nomeadamente a frequência das sessões de educação para a saúde e de mobilidade.

Figura 4: Consulta intermédia do programa “manter o corpo ativo”.

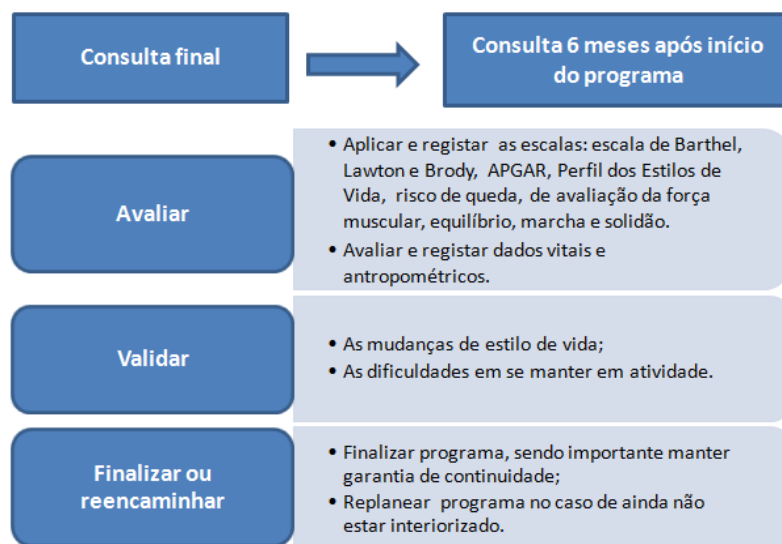


Outra unidade de competência do enfermeiro de reabilitação passa por “avaliar e reformular os programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados: monitoriza a implementação dos programas concebidos e os resultados obtidos em função dos objetivos definidos para a pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3). Esta intervenção é possível implementar na avaliação intermédia e final do programa elaborado.

Após término do programa, é importante reavaliar o idoso e terminar e/ou reiniciar o programa. Avaliar o resultado das intervenções implementadas é outra unidade de competência do enfermeiro de reabilitação, “monitorizando e implementando os

resultados dos programas de redução do risco, de otimização da função, reeducação funcional e treino” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

Figura 5: Consulta final do programa “manter o corpo ativo”.



O Enfermeiro usa “indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social” (p. 3). Esta intervenção é possível implementar na avaliação intermédia e final do programa concebido.

Para verificação nos idosos da nossa amostra, com mobilidade reduzida, e como indicadores do programa “manter o corpo ativo” propõem-se que:

- 50% dos participantes no programa com melhoria no autocuidado (escala de Barthel);
- 50% com melhoria no Perfil do Estilo de Vida global (segundo escala PEV);
- 40% dos participantes melhorarem a frequência alimentar (avaliação através do QFA);
- 70% dos participantes melhorarem a sua força muscular (avaliação através de escala de avaliação da força muscular);
- 50% dos participantes melhorarem o seu equilíbrio e padrão de Marcha (através de escalas de avaliação do equilíbrio e marcha);
- 20% apresentem diminuição do risco de queda (através da escala de avaliação de risco de queda);
- 10% apresentem melhoria do valor relacionado com sentimento de solidão e isolamento (através da escala da solidão).
- 80% dos participantes apresentem satisfação com o programa (através de um questionário de satisfação).

Para Cordeiro (2005), o profissional que educa deve intervir por meio de atividades recreativas, e da realização de exercícios aeróbios, do fortalecimento e aumento da resistência muscular dos membros superiores e inferiores. Ele tem um papel primordial no programa de reabilitação, por forma a estimular a prática de atividade física mesmo após o tratamento, idealizando a manutenção de uma vida ativa durante a velhice.

A prescrição do programa de reabilitação deve ser moldada ao indivíduo, com monitorização cardíaca, da tensão arterial e saturação de oxigénio (Thompson, Ladora V., 2002), aquando a primeira avaliação, antes e após cada sessão, e sempre que necessário. Para Cordeiro (2005), maximizar e manter o estado de saúde de idosos frágeis requerem reavaliações contínuas e exigem medidas educativas e preventivas.

A reabilitação tem como meta inicial a autonomia e como alicerce o desenvolvimento do potencial de aprendizagem, seja na recuperação da função perdida, na compensação por desenvolvimento de novas formas de execução da tarefa ou na adaptação tecnológica do ambiente tornando-o minimamente restritivo ao desempenho funcional (Cordeiro, 2005).

O programa “manter o corpo ativo” está dividido em sessões de educação para a saúde e em sessões de mobilidade em contexto domiciliário. Sempre que o idoso tenha dependência na mobilidade que não lhe permita vir à UCC o enfermeiro de reabilitação segue o idoso no domicílio reajustando os exercícios.

4. CONCLUSÃO

Na sociedade atual, constata-se um envelhecimento demográfico e um aumento da longevidade que coloca novos desafios. Assim, torna-se fundamental que as políticas de saúde, as instituições e as comunidades implementem estratégias de intervenção e criem projetos que incidam no envelhecimento ativo e bem-sucedido, dado que o envelhecimento implica um maior risco de doença e consequente aumento do índice de dependência.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação é crucial nas alterações do envelhecimento, atuando na cognição, na comunicação, a nível sensorial e motor, bem como no treino das AVD, não esquecendo uma avaliação global da pessoa idosa, e atuando sobre a família e/ou cuidador, mas também no ambiente envolvente.

No âmbito da reabilitação, é da sua competência não só ensinar, instruir e treinar a pessoa nas atividades funcionais da sua vida diária, bem como ensinar e orientar os respetivos familiares no processo de reabilitação. O enfermeiro de reabilitação tem competências para participar em equipa, nos programas de prevenção/reabilitação e de reintegração (Hoeman, 2000).

Para o desenvolvimento e implementação de programas de reabilitação, o enfermeiro de reabilitação assume um papel crucial fazendo parte integrante de uma equipa multiprofissional, atuando de acordo com as suas competências em vários contextos de prestação de cuidados. O programa de reabilitação deve passar por uma avaliação prévia e global do idoso, centrado numa entrevista e seguido de um programa ajustado à condição do idoso.

Foram identificadas as determinantes sociodemográficas dos idosos com mobilidade reduzida, os resultados obtidos revelam que os indivíduos da amostra são predominantemente mulheres, a maioria casados, sem escolaridade e coabitam com um convivente com mais de 65 anos.

Também foi realizada a análise das condições de saúde da amostra, verificando-se que mais de um terço da amostra apresenta doença músculo-articular e doença endócrina, e um quarto refere doença cardiovascular. Mais de um terço apresenta desequilíbrios constantes, diminuição da visão e audição, quase metade apresenta dificuldade em andar, um terço apresentou uma queda e a maioria não se conseguiu levantar sozinho, como tal é fundamental incluir intervenção nesta área nos programas de reabilitação.

Conclui-se, assim, que a educação para a saúde dos idosos e dos cuidadores deve estar incluída nos programas de reabilitação abordando temáticas sobre o envelhecimento, alimentação equilibrada, prevenção de quedas, treinos de equilíbrio e marcha.

Quase metade dos indivíduos da amostra é moderadamente dependente e mais de um quarto apresenta dependência severa, devendo o enfermeiro de reabilitação atuar a nível do autocuidado das Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias

através da implementação de programas, melhorando a autonomia e independência do idoso.

Este trabalho permitiu determinar o que condiciona a mobilidade reduzida dos idosos com mais de 65 anos. Foi também possível analisar os estilos de vida, a atividade física, a alimentação e a solidão dos idosos com mobilidade reduzida e quanto muito caminham distâncias curtas. Considerando o global da escala verifica-se um perfil de estilo de vida negativo embora que a distribuição para o perfil de estilo de vida global positivo é próxima, pelo que pode vir a criar-se critérios de prioridade para os idosos participarem no programa.

Conclui-se que os idosos necessitam de intervenção para melhorar o seu estilo de vida atividade e comportamento alimentar, pois mais de três quartos da amostra são idosos pré-obesos.

Verificamos, ainda, que mais de um quarto dos idosos sente falta de camaradagem e refere não ter ninguém a quem recorrer. Pouco mais de um quarto dos idosos refere que os seus interesses e ideias não são partilhados com aqueles que os rodeiam e ainda que ninguém os conhece realmente, o que nos ajuda a compreender a necessidade de uma intervenção social e não só centrados nos idosos.

A implementação de um programa de reabilitação poderá ajudar a diminuir e prevenir doenças crónicas e manifestações. O enfermeiro de reabilitação é o profissional que faz parte integrante de uma equipa multiprofissional, que presta cuidados a idosos com o objetivo de vincular estilos de vida saudáveis, relacionados com a atividade física e padrão alimentar, entre outros e um envelhecimento bem-sucedido. No entanto, é necessário intervir sobre os determinantes que poderão influenciar os estilos de vida e o envelhecimento ativo.

Com este trabalho, realizamos um resumo da abordagem teórica e planeamento do estudo. Os resultados obtidos que levaram à proposta de programa de reabilitação, dirigido às necessidades reais desta população com uma abordagem individual.

Podemos afirmar que as limitações do estudo são a amostra ser não probabilística e a particularidade de ser restrito a uma região. Para pesquisas futuras, sugeríamos a comparação dos idosos de várias regiões de Portugal.

Sobre o Programa torna-se frágil pois não foi realizada a validação do mesmo, deixando a sugestão de vir a ser implementado para posterior análise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia. *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau, formação e Saúde 2008. p. 126. ISBN 978-972-8485-96-2.

ABRUNHEIRO, Sérgio, APÓSTOLO, João e PINTO, José. Vivendo e envelhecer: perspetiva fenomenológica. *Revista Enfermagem de saúde do idoso, série monográfica de Educação e Investigação em Saúde*. Unidade de Investigação em Ciências de Enfermagem. 2015, nº 13, Coimbra. ISSN 1647-9440.

ALMEIDA, Maria de Lurdes, et al. *O idoso Problemas e Realidades*. Manual Sinas Vitais. Coimbra: Formasau, formação e Saúde, 1999.

ALMEIDA, Leandro e FREIRE, Teresa. *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2008. ISBN 978-972-97388-5-2

ALSPACH, Joann. The patient's capacity for self-care: advocating for a pre-discharge assessment. *Critical Care Nurse*. 2011, Vol. 31, nº2., pp.10-14.

BARROSO, Vera e TAPADINHAS, Ana. *Órfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade. Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados*. O portal dos psicólogos, 2008, Portugal. [consult. 9 maio 2016] Disponível em: WWW:<URL: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>>.

BASTOS, Fernanda. *A pessoa com doença crónica: teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, 2012. Tese de Doutoramento.

BOREL, L. e ALESCIO-LAUTIER B. *Posture and cognition in the elderly: interaction and contribution to the rehabilitation strategies*. Elsevier Masson, Aix-Marseille Université, january, 2014, France. [consult. 15 Abril 2016]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0987705313003262>.

BORGES, Milene Ribeiro e MOREIRA, Ângela Kunzler. *Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários*. Motriz, jul./set. 2009, Rio Claro, Brasil, v.15, n.3, p.562-573. [consult. 15 Abril 2016]. Disponível em: http://cac.php.unioeste.br/extensao/unati/arqs/UNATI_14.

BRUMMEL-SMITH, H. Rehabilitation. In: *HAM, R.J. Primary care geriatric - case - based approach*. 1997, 3ed. New York, Mosby. Cap.11, p.139-152.

BUGALHO, Margarida, FERREIRINHO CF. Paulo e PEREIRA Miguel. *For Better Health in Europe*. Reporte with the support of the European Comission. Lisboa, Portugal: Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2001.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE*. Versão 2, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

DAVIS, et al., Mobility is a key predictor of changes in wellbeing among older fallers: evidence from the Vancouver falls prevention clinic cohort. *American Congress of Rehabilitation Medicine, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, April, 2015, Issue 9, Volume 96, pp. 1634-

1640. [consult. 15 de Abril, 2016]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.02.033>, Disponível em: www.archives-pmr.org.

DICKSON, V., et. al. Cognitive influences on self-care decision making in persons with heart failure. *American Heart Journal*. Vol.154, nº3, 2007, p.424-430. [Consult. 18 de Abril 2016]. Disponível em: [http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703\(07\)00383-3/fulltext](http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703(07)00383-3/fulltext). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2007.04.058>.

DUARTE, Cátia de Jesus Matos. A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação com a pessoa idosa: a promoção, manutenção e recuperação da capacidade funcional. *Revista de Enfermagem Referência*. Março de 2016, pág.24. Suplemento ao nº7 - Série IV.

DUNKLER, Daniela, et al. Population - Attributable fractions of modifiable lifestyle factors for CKD and mortality With type 2 diabetes: a cohort study. *American Journal of Kidney diseases. KD original investigation; Am J Kidney Dis*. 2016, Volume 68, Issue 1, pages 29-40. Disponível em: [http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(16\)00002-0/abstract?cc=y](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(16)00002-0/abstract?cc=y) DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.12.019>.

EDEER, Ayse Ozcan e TUNA, Hulya. Management of Chronic Musculoskeletal Pain in the Elderly: Dilemmas and Remedies. *World's largest Science, Technology & Medicine Open Access book publisher*. October 24, 2012. [consulta 15 Abril, 2016]. DOI: 10.5772/50780.

ENELOW, Allen J. e FORDE, Douglas L. Forde; BRUMMEL-SMITH, Kenneth. *Entrevista clínica e cuidados ao paciente*. Lisboa: Climepsi, 1999. ISBN 972-95908-3-3.

ENGELKE, Zeena e SCHUB Tanja. Patient Education: teaching the older adults. *Nursing practice e Skill, Cinahl Information Systems*, May, 2015, Glendale. ICD-9. V65.4.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. *Envelhecimento, promoção da saúde e exercício*. Vol.1, 1ª edição. Tamboré - Brasil: Manole, 2008. ISBN 978-84-204-2380-6

FAZZIO, Débora Mesquita Guimarães. Envelhecimento e qualidade de vida - uma abordagem nutricional e alimentar. *Revista*. Jan/Jun 2012, nº 1, pág. 76-88; ISSN: 2179-0981.

FERNANDES, Maria João, et al. *O cuidado de Enfermagem à pessoa idosa*. Loures: Lusociência, 2013. ISBN 978-989-748-003-4.

FONSECA, António. *O envelhecimento - uma abordagem psicológica*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006.

FONSECA, Maria das Graças U. P., et al. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Revista Saúde Pública*. 2010, 44 (1), pp. 159-165. [Consult. 5 Março 2016].

FORTIN, Marie - Fabienne. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Porto: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie - Fabienne. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Porto: Lusodidacta, 2000. ISBN 978-85-277-2054-0

FRAILE, VICTORIA MORÍN. Promoción de la actividade física. *Revista de enfermería*. 2013, P. 36 (1):8.

FREITAS, Elizabete V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-2054-0

GAMECHO, Borja et al. A context-aware application to increase elderly users compliance with physical rehabilitation exercises at home via animatronic biofeedback. New York: *Springer Science*. 2015, 9(11), pp.135. [consulta 15 Abril, 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26319272>

GEORGE, J. B. et al. *Teorias de enfermagem: dos fundamentos para à prática profissional*. 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. ISBN 85-7307-587-2

GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Ben. *O inquérito: Teoria e Prática*. 4ª ed. Oeiras: Celta Editora, 2005.

GILL, Thomas M. Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home. *N. Engl J. Med.* October 3, 2002; 347:1068-1074, 2002. [Consult. 4 de Fevereiro]. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa020423#t=article>.

GOMES, Bárbara, et al. *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. [consult. 15 Abril 2016]. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-898-98443-1-5.pdf.

GOMES, Bárbara Pereira. *Enfermagem de Reabilitação um contributo para a satisfação do utente*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel de Salazar do Porto, 2008. Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem.

GREVE, Júlia Maria D" Andréa. *Tratado de Medicina de Reabilitação*. São Paulo: Roca, 2007. ISBN 978-85-7241-6887.

GUCCIONE, Andrew A. et al. *Fisioterapia geriátrica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

HAUER et al. Exercise training for Reahabilitation and secondary prevention of falls in geriatric patients with a history of injurious falls. *American Geriatric Society*. 2001, V.49, nº1. pp. 10-20. Berlin., Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11207837>.

HOEMAN, Shirley P. *Enfermagem de Reabilitação - processo e aplicação*. 2ªed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4.

HOEMAN, Shirley P. *Enfermagem de Reabilitação - processo e aplicação*. 2ªed. Loures: Lusociência, 2011.

JACOB, F. Wilson et al. *Geriatrics e Gerontologia - Que todos devem saber*. São Paulo: Editora Roca, 2008. ISBN 978-85-7241-759-3.

KOBE, Anna Paula Becel et al. Perfil do estilo de vida de idosos que praticam caminhadas sem supervisão com idosos sedentários. *Revista Digital - Buenos Aires*. Mayo de 2008, 13 - nº 120. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>.

KONO, Ayumi, et al. Effects of a Preventive Home Visit Program in Ambulatory Frail Older People: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology*. 2012, 67(3), pp.302-309. [Consult. 16 Abril 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22016361>.

KONO, Ayumi, et al. Effects of preventive home visits on health care costs for ambulatory frail elders: a randomized controlled trial. *Springer open choice*. October 2013, Volume 25, Issue 5, pp.575 a 581. [Consult. 16 Abril 2016]. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s40520-013-0128-4>.

LEMONS, NAIRA M. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-1905-6.

LILLIE, Alison Kate et al. Musculoskeletal pain in older adults at the end-of life: a systematic search and critical review of the literature with priorities for future research. *BMC Palliative Care, licensee BioMed Central Ltd.* 2013, 12:27. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/12/27>.

LORD et al. When Mobility makes sense: A qualitative and longitudinal study of daily mobility of the elderly. *America: Journal of Environmental Psychology*. 2010, Volume 31, Issue1. [Consult. 16 Abril 2016]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494410000277>.

MAILLOUX- POIRIER, Dannielle e M.ÉD., Louise Berger. *As pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-95399-8-7.

MALTA, Máira B., PAPINI, Silvia J., CORRENTE, José E. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013, 18(2), pp. 377-384 [Consult. 9 Abril 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000200009&script=sci_abstract&tlng=pt.

MANTY et al. Long-term effect of physical activity counseling on mobility limitation among older people: a randomized controlled study. *Journal of Gerontology: Medical Science*. Oxford University of Gerontological society of America. January, 2009, Vol. 64 A, nº 1, 83-89. [consult. 5 de Maio]. Disponível em: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/64A/1/83>.

MARTINS, Carla. *Manual de análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®*. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2011. ISBN 978-989-8333-08-7.

MAYO-WILSON, Evan et al. Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*. March 2014, Volume 9, Issue 3. https://www.spi.ox.ac.uk/uploads/tx_oxford/files/Home%20visits%20PLOS%20One.pdf.

MELEIS, Afaf Ibrahim. *Theoretical Nursing, development e Progress; Lippincott Williams e Wilkins*. Phyladelphia: Fourth Edition, 2007. ISBN 0-7817-3673-0.

MELEIS, Afaf et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. September, 2000, Vol. 23, nº 1, p. 12-28 ISSN 0161-9268.

MELEIS, A. I. Nursing theory: an elusive mirage or a mirror of reality. In: *Theoretical nursing development & progress*. Philadelphia: J.B. Lippincott, p. 169- 194, 1985.

MONTEIRO, Maria Clara Duarte et al. Atividade física nos idosos com mais de 65 anos e a promoção da saúde. *Revista de Enfermagem Referência*. Março de 2016, Suplemento ao nº7 Série V, pág.26 [Consult. 5 Maio 2016]. Disponível em: <http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=showPublications>.

NAHAS, Markus V. *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida; conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 6ª edição. Londres: Midiograf, 2013.

NETO, M. Solidão (também) mata... não só idosos como jovens. *Diário de Notícias*. 2005 [consult. 7 de Janeiro 2016]. http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content_id=591870.

OREM, E. Dorothea. *Nursing: concepts of practice*. 5ª edição. St. Louis: Mosby, 1995.

OREM, Dorothea E. - Modelo de Orem, conceitos da prática de enfermagem. Barcelona: edições Científicas e técnicas, S.A.; Masson e Salvat, 1991. ISBN 0-8016-6064-5.

Organização Mundial de Saúde (OMS). A contribution of the WHO to the second United Nations World Assembly on Ageing. Spain: *Active Ageing. A Policy Framework.*, April, 2002. [consult. 4 de Fevereiro]. Disponível em: WHO/NMH/NPH/02.8.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Self-care in the Context of Primary Health Care. Report of the Regional Consultation Bangkok. Thailand. *Regional Office for South East*

Asia. January 7-9, India: OMS, 2009. [Consult. 4 de fevereiro 2016]. Disponível em: http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4301.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Equity, social determinants and public health programmes. *Oral health: equity and social determinants*, OMS, 2010. [consult. 4 de Fevereiro]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na Saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais Relatório *Final da Comissão para os Determinantes em Saúde*. OMS, 2010 [consult. 4 de Fevereiro]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Switzerland: OMS, 2011. [Consult. 4 de Fevereiro]. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *World Health Report Primary Health Care*. OMS: Geneva: OMS, 2008. Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Health System Performance Assessment*. OMS: Geneve: OMS, 2010.

PAHOR et al. Effect of Structured Physical Activity of Major Mobility Disability in Older Adults. *JAMA (the Journal of American Medical Association Vol. United States, JAMA (the Journal of American Medical Association)*. 2014, Vol. 311, nº23. [Consult. 16 de Abril 2016]. Disponível em <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1875328>.

PAIVA, Abel; MENDES, Anabela, BASTOS, Fernanda. A Pessoa com Insuficiência Cardíaca: factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol.3, nº.2, Dezembro, 2010,Coimbra. ISSN 0874-0283.

PAÚL, C. *Envelhecer em Portugal*. Coord. Fonseca, António M. 1ª edição. Lisboa: Climepsi editores, 2005. ISBN 972-796-185-1

PAÚL, Maria Constança. *Lá para o fim da vida, idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina, 1997. ISBN 972401000-7.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares. *Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar*. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº52,p.35-4, Janeiro de 2009.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares. *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007, p. 216. ISBN 978-972-8485-91-7.

POLIT, Denise. e BECK, Cheryl. *Fundamento de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.ISBN 978-85-363-2545-3.

POLIT, Denise & HUNGLER, Bernadette. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995. ISBN85-7307-101-X.

PORDATA. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2015. [Citação: 17 de Abril de 2016.]. Disponível em: <http://www.pordata.pt>.

PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). *Documento de suporte à implementação da UCC*. Lisboa : ACSS, 2009.

PORTUGAL. Associação Portuguesa de Dietistas (APD). Índice de Massa Corporal.

APDietistas. 2016. [Citação: 15 de Março de 2016.]. Disponível em: <http://www.apdietistas.pt/nutricao-saude/avalie-o-seu-estado-nutricional/parametrosantropometricos/62-indice-de-massa-corporal>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2011*. Lisboa: INE, 2011. ISBN: 978-989-25-0181-9. Disponível na internet: www.ine.pt.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa : DGS, 2006. ISBN 972-675-155-1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas. Dia Internacional das Pessoas Idosas*. Lisboa : DGS, 2005.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS, 2012.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Portugal: Idade Maior em Números. A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa : DGS, 2014 a.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Processo Assistencial Integrado da Pré-Obesidade no Adulto*. Lisboa : DGS, 2014 b.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: DGS, 2015.

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE, 2010.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOU, Dt Luc Van. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 2008. ISBN 978-972-662-275-8.

RAMOS, Luiz Roberto et al. *Guias de Medicina ambulatorial e hospitalar - Geriatria e Gerontologia*. 1ª edição. Tamboré Brasil: Editora Manole, 2005. ISBN 85-204-1885-6.

REBELATTO, J. R e MORELLI, J. G. S. *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole, 2007. ISBN 978-85-204-2562-6.

RIBEIRO, José. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª ed. Porto: Legis Editora/Livpsic, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.

ROACH, Sally. *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. ISBN 85-277-0860-4.

RODRIGUES, Claudia. *A solidão e a depressão nos idosos: estudo numa amostra da população portuguesa*. Instituto Superior Miguel Torga Coimbra, 2013. Dissertação de Mestrado em psicologia clínica.

ROSSO et al. Mobility, disability, and social engagement in older adults. *J Aging Health*. Author manuscript - National Center for Biotechnology Information, United States National Library of Medicine. April, 2013, V.25(4). [Consult. 16 de Abril]. Disponível em: <http://jah.sagepub.com/content/25/4/617>.

SCHUMACHER, Karen et al. Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*. 2000, VOL. nº23, p. 191-203.

SCHUMMACHER, K., JONES, P. & MELEIS, A. Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research a Practice. *School of Nursing Departmental Papers*. 1999.

[Consult. 3 fevereiro 2016]. Disponível na internet :<URL: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=nrs>>.

SEQUEIRA, Carlos. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-717-0.

SILVA, Rui Pedro. Estruturação de um programa de reabilitação funcional para a população. *Revista de Enfermagem*. Março de 2016, Suplemento ao nº7, Série IV, pág.27.

SÖDERHAMN, Olle. Self-care activity as structure: a phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 7, nº4 (2000), p.183-189.

LUZIA, Luzia Wilma Santana et al. Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa - perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, junho 2011, 14 (3), São Paulo: 145-166. ISSN 2176-901X.

THEUERKAUF, Anaise. *Autocuidado e actividades da vida diária. Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência, 2000.

TOMEY, Ann Marriner. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra, Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª edição. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-74-6

VIEGAS, Susana de Matos e GOMES, Catarina Antunes. *A identidade na velhice*. 1ª edição, Lisboa, Ambar 2007.

VRIES et al. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/ or multi-morbidity: a meta-analysis. Netherlands: *Elsevier, Ageing Research reviews*, November 2011. [Consult. 4 Fevereiro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22101330> doi:10.1016/j.arr.2011.11.002.

WANDERLEY E DINIZ. Avaliação do nível de atividade física e capacidade funcional em idosos de Jequié. Buenos Aires: nº167. *Revista digital*, Abril 2012. [Consult. 4 Fevereiro 2016]. Disponível na internet: <http://www.efdeportes.com/efd167/atividade-fisica-e-capacidade-funcional-em-idosos.htm>.

WANG, X. et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *US National Library of medicine national institutes of health*. 2014 Jul 29, p. 349. [Consult 4 Fevereiro 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25073782>. doi: 10.1136/bmj.g4490.

YEOM et al. Risk Factors for Mobility limitation in Community - Dwelling Older Adults: a social ecological perspective. *Geriatric Nursing*, March-April 2008, V.29, Nº2, pp. 133-140. [Consult. 5 de Maio de 2016]. Disponível em : [http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(07\)00201-7/abstract](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(07)00201-7/abstract).

ANEXOS

ANEXO I - Questionário “ Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional”

QUESTIONÁRIO

“Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional”

INVESTIGADORES: MARTINS, M.M.; MARTINHO, J.; NOGUEIRA, N.; ARAÚJO, M.F.;

MARQUES, P.

VIVER BEM COM MAIS IDADE do contexto familiar ao apoio institucional é um projeto desenvolvido em parceria entre a Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP/ CINTESIS) e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão (VNF) que numa primeira etapa integra uma investigação, a qual pretende obter informação para melhorar a qualidade de vida dos idosos residentes neste concelho.

Para isso, necessitamos de conhecer e avaliar os estilos de vida, e a capacidade funcional para realização de atividades de vida diárias, a qualidade de vida, a funcionalidade familiar e as relações sociais dos indivíduos com 65 ou mais anos, do concelho de VNF.

Para esta avaliação global das pessoas idosas, construímos este questionário baseado em instrumentos com padrões de validade e fidelidade aceitáveis. O questionário tem questões de resposta obrigatória e outras opcionais, mas para a informação ter mais validade é importante que responda a todas as questões.

Muito obrigado por participar neste estudo. O seu contributo é muito importante para a equipa de investigação e para os cidadãos com mais de 65 anos.

Se necessitar de qualquer esclarecimento adicional ou tiver dúvidas no preenchimento do questionário contacte:

Manuela Martins 917254071 mmartins@esenf.pt

Júlia Martinho 933258134 julia@esenf.pt

Ana Carvalho 252320900 ext 428 familia@vilanovadefamalicao.org



CONSENTIMENTO:

Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a concordar com a seguinte declaração:

"Declaro que fui informado(a) dos objetivos do estudo de forma clara e detalhada e que tive oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper a minha participação se assim o desejar."

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Como preencher este questionário?

As perguntas serão respondidas, preenchendo o símbolo ● referente à sua resposta, como mostramos no exemplo seguinte. Se não quiser responder, por favor não assinale a resposta, deixe em branco ○.

Dados de identificação do questionário (ID): (a preencher pelo entrevistador (a))

Nº do questionário

--	--	--	--	--

ID

--	--	--	--

PARTE 1 -Características sociodemográficas e clínicas

1. Sexo? Masculino ☐ Feminino ☐
2. Idade? ____ (anos completos): Data de nascimento: ____/____/____ (d/m/a)
3. Estado: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)
4. Idade Convivente/Cônjuge: ____ (anos completos)
5. Número de filhos: ____
6. Sabe ler? Sim ☐ Não ☐
7. Sabe escrever? Sim ☐ Não ☐

8. Escolaridade: (completa)

- ☐ Nenhuma
- ☐ Ensino básico - 1º ciclo (4º ano antigo)
- ☐ Ensino básico - 2º ciclo (6º ano antigo)
- ☐ Ensino básico - 3º ciclo (9º ano antigo)
- ☐ Ensino secundário - 12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico)
- ☐ Ensino pós secundário - curso de especialização tecnológica
- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

9. Fonte de rendimento:

- ☐ Trabalho
- ☐ Reforma/pensão
- ☐ Rendimento social de inserção
- ☐ Outra Qual? _____

10. Profissão (qual é ou foi a sua profissão principal)?

- ☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
- ☐ Profissões intelectuais e científicas
- ☐ Pessoal administrativo e similares
- ☐ Pessoal dos serviços e vendedores
- ☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca
- ☐ Operários, artífices e trabalhadores similares
- ☐ Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
- ☐ Profissões não qualificadas
- ☐ Doméstico(a)
- ☐ Forças armadas

ID

--	--	--	--

11. Quantos elementos com mais de 65 anos coabitam consigo? ____

12. Assinale a afirmação que corresponde às atividades que consegue realizar neste momento:

1-Utilização do telefone

- ☐ Utiliza o telefone por iniciativa própria.
- ☐ É capaz de marcar bem alguns números familiares.
- ☐ É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar .
- ☐ Não é capaz de usar o telefone.

2-Fazer compras

- ☐ Realiza todas as compras necessárias independentemente.
- ☐ Realiza independentemente pequenas compras.
- ☐ Necessita de ir acompanhado(a) para fazer qualquer compra.
- ☐ É totalmente incapaz de comprar.

3-Preparação das refeições

- ☐ Organiza, prepara e serve as refeições sozinho(a) e adequadamente.
- ☐ Prepara adequadamente as refeições se lhe fornecem os alimentos.
- ☐ Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada.
- ☐ Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.

4-Tarefas domésticas

- ☐ Mantém a casa sozinho(a) ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados).
- ☐ Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama.
- ☐ Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza.
- ☐ Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas.
- ☐ Não participa em nenhuma tarefa doméstica.

5 -Lavagem da roupa

- ☐ Lava sozinho(a) toda a sua roupa.
- ☐ Lava sozinho(a) pequenas peças de roupa.
- ☐ A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros.

6 -Utilização de meios de transporte

- ☐ Viaja sozinho(a) em transporte público ou conduz o seu próprio carro.
- ☐ É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte.
- ☐ Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado(a).
- ☐ Só utiliza o táxi ou o automóvel com a ajuda de terceiros.
- ☐ Não viaja.

7 -Manejo da medicação

- ☐ É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas.
- ☐ Toma a medicação se a dose é preparada previamente.
- ☐ Não é capaz de tomar a sua medicação.

ID

--	--	--	--

8 -Responsabilidade de assuntos financeiros

- Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho(a).
- Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco.
- Incapaz de manusear o dinheiro.

PARTE 2 -Condições de Saúde

13. Como considera que está o seu estado de saúde, neste momento?

- Muito Bom
- Bom
- Mau
- Muito mau

14. Peso ____

15. Altura ____

16. Tem conhecimento de ter alguma destas doenças? :

	Sim	Não	Não responde
1. Doenças cerebrovasculares (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Doença cardiovascular (Enfarte, Trombose, HTA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Doença neurológica (Parkinson)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Doença musculoesquelética e osteoarticular (Artrite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Doença oncológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Doença respiratória (DPOC, Asma, Bronquite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Doença endócrina (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Doença do sistema nervoso (Alzheimer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Doença Psiquiátrica (Depressão)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Não tem doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ID

17. Tem algum dos seguintes sintomas / manifestações?

	Sim	Não	Não responde
1. Perda de urina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentimentos de tristeza persistente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dor musculoesquelética e osteoarticular (Artrite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Dificuldade em andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Desequilíbrios constantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Diminuição da audição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Diminuição da visão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Não tem sintomas/manifestações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Nos, últimos 6 meses teve alguma queda?

- ☐ Nenhuma
- ☐ Uma vez
- ☐ Duas vezes
- ☐ Três ou mais vezes

19. Se sim, conseguiu levantar-se sozinho do chão?

☐ Sim ☐ Não

ID

--	--	--	--

PARTE 3 - ESTILOS DE VIDA

20. Nas afirmações que se seguem coloque a pontuação que considera identificar o seu comportamento:

- [0] Não faz parte do meu estilo de vida
 [1] Por vezes corresponde ao meu comportamento
 [2] Quase sempre verdadeiro no meu comportamento
 [3] A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia

20.1 Componente: Nutrição	0	1	2	3
a. A minha alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Evito ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Faço 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20.2 Componente: Atividade Física	0	1	2	3
d. No meu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. No meu dia-a-dia, caminho ou pedalo como meio de transporte e, preferencialmente, uso as escadas ao invés do elevador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20.3 Componente: Comportamento Preventivo	0	1	2	3
g. Conheço a minha TENSÃO ARTERIAL, os meus níveis de COLESTEROL e procuro controlá-los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ID

--	--	--	--

20.4 Componente: Comportamento Relacional	0	1	2	3
j. Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. No meu tempo livre procuro ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20.5 Componente: Controle do Stress	0	1	2	3
m. Reservo tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Equilíbrio o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para cada uma das afirmações selecione sim ou não:

21. Que atividades físicas, habitualmente, desenvolve?

21.1 - Atividades ocupacionais diárias	Sim	Não
1. Desloco-me diariamente nas minhas atividades a pé ou de bicicleta (pelo menos 800 metros em cada percurso).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Geralmente uso as escadas em vez do elevador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21.2 - As minhas atividades diárias podem ser descritas como:	Sim	Não
1. Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ID

--	--	--	--

21.3 - Atividades de Lazer	Sim	Não
1. O meu lazer inclui atividades físicas leves como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ao menos uma vez por semana participo em algum tipo de dança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando estou sobre tensão faço exercícios para relaxar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Participo em aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Faço musculação duas ou mais vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21.3.1- Jogo ténis basquetebol , futebol ou outro desporto 30 minutos ou mais por jogo	Sim	Não
a. Uma vez por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Duas vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.Três ou mais vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21.3.2 - Participo em exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20 minutos ou mais por sessão:	Sim	Não
a. Uma vez por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Duas vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Três ou mais vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ID

Nas afirmações que se seguem, preencha com a opção que melhor se adequa ao seu caso.

22. Alimentação diária com que frequência:

	Diariamente	3 a 6 vezes por semana	1 a 2 vezes por semana	3 vezes por mês
1 - Consumo três ou mais porções de frutas ou sumos de fruta natural.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Consumo folhas verdes cruas ou cozidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - Consumo carnes vermelhas magras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Consumo carnes vermelhas gordas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Consumo peito de frango, peixes, peito de peru ou refeições (sem carne) com feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico ou soja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Consumo doces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Consumo pelo menos um copo de leite, um copo de iogurte ou uma fatia de queijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Consumo pelo menos duas porções de vegetais crus, cozidos ou assados (exceto fritos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Consumo refrigerantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - Consumo pelo menos quatro porções de pães, cereais matinais (aveia, flocos de milho), massa, arroz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 - Consumo mais calorias do que o meu corpo precisa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - Consumo fritos ou outros alimentos gordurosos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 - Consumo folhas verdes escuras, cenoura, mamão, manga, abóbora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 - Consumo alimentos integrais (arroz, outros cereais integrais, farelo de trigo, pão integral, massas integrais).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 - Consumo mais de duas colheres de sopa por dia de açúcar nas minhas bebidas (sumos, chá, leite ou café).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 - Consumo mais de três chávenas pequenas de café.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 - Consumo pelo menos três a quatro refeições por dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 - Consumo mais do que 120 g - um bife (mulheres) ou 180 g - um bife e meio (homens) de carne, frango, peru, peixe, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - Não tomo o café da manhã.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 - Consumo sanduíches em bares fastfood.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ID

Leia as frases seguintes e diga com que frequência ocorrem, preenchendo a opção que melhor se adapta ao seu caso.

23. Solidão

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1 -Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 -Sinto falta de camaradagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 -Não há ninguém a quem possa recorrer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 -Sinto que faço parte de um grupo de amigos(as).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 -Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 -Já não sinto mais intimidade com ninguém.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 -Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 -Sou uma pessoa voltada para fora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 -Há pessoas a quem me sinto chegado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 -Sinto-me excluído/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 -Ninguém me conhece realmente bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 -Sinto-me isolado/a dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 -Consigo encontrar camaradagem quando quero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 -Há pessoas que me compreendem realmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 -Sou infeliz por ser tão retraído/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 -As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 -Há pessoas com quem consigo falar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 -Há pessoas a quem posso recorrer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se estas questões o deixaram preocupado e se quiser falar com alguém, lembre-se que pode contactar os investigadores deste projeto.

Muito obrigada pela sua colaboração.